

# Omstilling av opptreningsinstitusjonene

Evaluering av tilskudds-/prøveprosjekt for  
utvikling av tilbud/tjenester innenfor blant annet  
arbeidsrettet rehabilitering

av  
Knut Fossestøl

*AFI-notat 6/07*

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE  
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet 2007

© Work Research Institute

© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-209-7

ISSN 0801-7816

Arbeidsforskningsinstituttet AS  
Pb. 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

Work Research Institute  
P.O. Box 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00

Telefax: +47 22 56 89 18

E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)

Webadresse: [www.afi.no](http://www.afi.no)

Publikasjoner kan lastes ned fra: [www/afi.no](http://www/afi.no)



*Temaområde*

Politikk, organisering og læring.

*Notat nr.:*

6/2007

*Tittel:*

Omstilling av opptreningsinstitusjonene.  
Evaluering av tilskudd/prøveprosjekt for utvikling av tilbud/  
tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering

*Dato:*

Juli, 2007

*Forfatter:*

Knut Fossestøl

*Antall sider:*

69

*Resymé:*

Notatet evaluerer et tilskudd vedtatt av Stortinget til utvikling av institusjonsbaserte tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering, hos rehabiliteringsinstitusjoner som mistet avtale med de regionale helseforetakene. Evalueringen viser at institusjonene må kunne sies i ha lykket i dette arbeidet, særlig i lys av den manglende enigheten om hva arbeidsrettet rehabilitering er. En videre utvikling av feltet krever en grunnleggende politisk og organisatorisk gjennomtenkning av skal styres, organiseres og finansieres.

*Emneord:*

- arbeidsrettet rehabilitering
- rehabilitering
- rehabiliteringssenter
- opptrening
- rehabilitering med arbeid som mål
- omstilling
- organisering
- helse og arbeid
- nasjonalt kompetansesenter



# Innholdsfortegnelse

Forord  
Sammendrag

1	Omstillingen og evalueringsmandatet .....	1
2	Metode .....	4
3	Oppbygning av rapporten.....	6
4	Overordnet bakgrunnsbeskrivelse .....	7
	4.1 Den politiske bakgrunnen for omstillingen av opptreningsinstitusjonene .....	7
	4.2 Institusjonelle og organisatoriske endringer .....	9
	4.3 RHF-systemet .....	12
	4.4 Den nye arbeids- og velferdsforvaltningen .....	22
	4.5 Avsluttende drøftelse .....	24
5	De fire omstillingsinstitusjonene .....	26
	5.1 Legitimitet og avtalebortfall.....	26
	5.2 Stiftelsen Godthaab Helse og Rehabilitering .....	28
	5.3 Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter AS .....	35
	5.4 Stiftelsen Frydenberg rehabiliteringssenter (SFR).....	42
	5.5 Fron rehabiliteringssenter AS .....	48
	5.6 Samlet vurdering .....	55
6	Noen institusjonelle lærdommer.....	64



## Sammendrag

Rapporten er en evaluering av et eget tilskudd vedtatt av Stortinget til utvikling av institusjonsbaserte opptreningstilbud/tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene, som et prøveprosjekt. Institusjoner som ikke hadde fått fornyet driftsavtale i 2006, og som ellers tilfredsstillende nødvendige krav til kvalitet, var i særlig grad aktuelle. Det ble understreket at formålet med tilskuddet var et annet enn det som hadde ligget til grunn for anbudsprosessene i de regionale helseforetakene, som i særlig grad hadde vektlagt medisinsk orientert rehabilitering. I tilskuddsordningen skulle behovet for å styrke arbeidsrettet rehabilitering, som en videreføring av intensjonene med ordningen kjøp av helsetjenester, bli vektlagt.

Stortinget bevilget 35,5 millioner kroner til denne omstillingen i 2006. Tre opptreningsinstitusjoner innenfor helseregion Øst fikk avtale om kjøp av tjenester, og en opptreningsinstitusjon innenfor helseregion Sør. Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å tildele tilskuddet til institusjonene som søkte, samt å ha prosjektansvar i perioden omstillingsvirksomheten foregikk.

Evalueringen skulle fokusere på interne og eksterne forhold ved omstillingen. På den ene siden det som angår selve omstillingsprosessen og som handler om å ivareta ansatte og skape et godt arbeidsmiljø gjennom hele prosjektperioden, og samtidig mobilisere dem til å utvikle ny kompetanse og nytt tilbud. På den andre siden skulle evalueringen fokusere på institusjonenes forhold til omgivelser og samhandling med nye aktører, dvs om de lykkes i å komme i inngrep med andre "bestillere" av deres tilbud enn de regionale helseforetakene, særlig mot potensielle bestillere av arbeidsrettet rehabilitering.

Drøftelsen skulle skje i lys av de omfattende institusjonelle og organisatoriske endringer som har skjedd i feltet de siste årene, hvor helseforetaksreformen og etablering av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) er de største. Reformene innebærer at det trekkes nye ansvarsgrenser mellom tjenester, etater og forvaltningsnivåer, og i tillegg prøves ut nye styringsmodeller, bl.a. konkurranseutsetting gjennom anbudsrunder. Opptreningsinstitusjonene involveres i reformene gjennom at deres tjenester må bestilles fra regionale helseforetak og reguleres gjennom avtaler med disse, alternativt at de må omstille seg mot nye bestillere.

Rapporten består av fire deler.

I første del beskriver jeg kortfattet den "infrastruktur" eller riktigere den mangel på infrastruktur for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, som omstillingen av opptreningsinstitusjonene inngår i. Det er urimelig å vurdere det arbeidet som har foregått i institusjonene uten i lys av disse overordnede karakteristika.

Jeg presenterer deretter omstillingsprosessen i de fire institusjonene; Stiftelsen Godthaab rehabiliteringssenter, Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter AS, Stiftelsen Frydenberg rehabiliteringssenter og Fron rehabiliteringssenter AS.

I tredje del drøfter jeg erfaringene fra institusjonene samlet, og ser spesielt på spørsmål knyttet til erfaringene med anbudssystemet, det interne omstillingsarbeidet, faglig innhold i tilbudene de har utviklet samt markedsføring. Avslutningsvis gir jeg en vurdering av det omstillingsarbeidet institusjonene har gjennomført.

I fjerde og avsluttende del gir jeg en kortfattet beskrivelse av noen av de lærdommene man kan trekke på institusjonelt nivå, av det omstillingsprosjektet Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført i fire opptreningsinstitusjoner, på vegne av Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Gitt usikkerheten om hva arbeidsrettet rehabilitering er, hvem som skal kjøpe slike tjenester, og hvilke krav bestillerne vil stille til utførerne når det gjelder faglighet, pris, innhold og organisering, mener jeg institusjonene har lykket bra i omstillingsarbeidet. Særlig i lys av at institusjonene ikke har hatt fullfinansiering i omstillingsperioden, og at det er gått meget kort tid siden omstillingsarbeidet startet:

For det første har institusjonene overlevd. To av institusjonene har fått fornyede kontrakter med Helse Øst. Sjømenneses rehabiliteringssenter og Frydenberg rehabiliteringssenter har også søkt kontrakter med NAV-systemet om dagbaserte tilbud, gjennom den nye ordningen for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Fron og Godthaap har ikke søkt omidler om dagbaserte tilbud, men vil søke om midler knyttet til den varslede utlysningen om døgnbaserte tilbud. Godthaap har i tillegg gått inn i privatpersonmarkedet, og synes å ha funnet en økonomisk nisje her. For det andre har institusjonene bygd opp en omstillingskompetanse internt, som antakeligvis har gjort de ansatte i stand til å arbeide på prosjektorienterte måter avhengig av hvilke oppdrag de måtte få. På tross av betydelig usikkerhet, permitteringer og oppsigelser er sykefraværet lavt, og arbeidsmiljøet beskrives i hovedsak som godt. For det tredje har institusjonene søkt å utvikle en kompetanse på og et tilbud i arbeidsrettet rehabilitering som i de fleste tilfeller synes å være forankret i en lokal rehabiliteringskjede, dvs. være svar på en lokal behovsforståelse og en lokal forståelse av hva slags tjeneste og kompetanse arbeidsrettet rehabilitering handler om. En hovedutfordring er imidlertid at arbeidsrettet rehabilitering er en begrepsmessig nyskaping, og at forsøkene på å tilpasse seg lokale aktørers definisjon av arbeidsrettet rehabilitering, kan vise seg ikke å svare til regionale eller nasjonale myndigheters forståelse av behov, kompetanse og trehabilitering.

Omstillingstrøttheten er imidlertid stor, og det er grunn til å tro at hvis de usikre betingelsene institusjonene har vært underlagt fortsetter og innsatsen ikke gir resultater, vil mange av de ressurspersonene som har vært involvert i omstillingsarbeidet velge å slutte.

Institusjonelt viser omstillingen av opptreningsinstitusjonene at verken NAV-systemet, helseforetakssystemet eller faginstanser ennå har etablert noen felles enighet om hvilke tjenester rehabiliteringsinstitusjonene skal utvikle, med hvilken kompetanse, for hvilke målgrupper, i hvilket volum og om hvem som har ansvar for og skal betale for dem. Mangelen på enighet henger i siste instans sammen med en uklar eller manglende rehabiliteringspolitikk på området, samt manglende kunnskap om hvilke tiltak som faktisk

virker. Dette gjør at aktørene som skal utføre slike tjenester blir utsatt for motstridende bestillersignaler avhengig av hvem de snakker med.

Manglende enighet kommer også til syne i forhold til nyordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte. Hvilke tjenester skal kjøpes i privatmarkedet og hvilke skal leveres av det offentlige? Hva slags bestillerkompetanse skal bygges opp? Skal det bygges opp ett system eller flere systemer, skal de være nasjonale eller regionale og vil disse systemene være komplementære eller konkurrerende?

En arbeidslinje som ser helse og arbeid i sammenheng krever politisk, faglig, metodisk og organisatorisk nytenkning og utviklingsarbeid på nasjonalt og lokalt nivå, utover kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. En målrettet innsats knyttet til arbeidsrettet rehabilitering krever utvikling av felles fora hvor samarbeidet mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdstjenestene i den enkelte sak kan bestemmes. Dette krever utvikling av en felles terminologi og metodikk som gjør at helsetjenestens og arbeids- og velferdstjenestens innsatser understøtter hverandre, noe som kan vanskeliggjøres av det manglende samsvar mellom arbeids- og velferdsetatens fylkesvise organisering, og RHF-enes regionale organisering i fem eller nå fire regioner. Av historiske, institusjonelle, organisatoriske og faglige grunner vil dette være et langvarig utviklingsarbeid, som ikke kan løses via politiske vedtak eller er forenlig med raske resultater.

Samtidig kan ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester bli en stimulans til slik helhetlig forståelse hvis den bestillerkompetansen som utvikles, skjer i et samarbeid med de berørte etater (arbeids- og velferdsetaten og RHF-ene), og brukerne, arbeidslivet og utførerne.

# 1

## Omstillingen og evalueringsmandatet

I 2002 vedtok Stortinget å overføre ansvaret for opptreningsinstitusjonene fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Det ble vedtatt en fireårig overgangsperiode, som innebar at institusjonene ble underlagt spesialisthelsetjenestelovgivningen. Meningen var at de etter omstillingsprosessen skulle være i stand til å konkurrere om anbud etter Lov om offentlige anskaffelser. I overgangsperioden tok RHF-ene flere initiativ vis av vis institusjonene for å informere dem om hvilke krav dette stilte til institusjonene.

I forbindelse med behandlingen av Statsbudsjettet for 2005 vedtok Bondevik II-regjeringen med støtte fra Fremskrittspartiet at hele ansvaret for finansiering av opptreningsinstitusjonene skulle overføres til de regionale helseforetakene fra 2006. Dette var et år tidligere enn det som opprinnelig var planlagt. De regionale helseforetakene gjennomførte en anbudskonkurranse. Resultatet av denne var at fire opptreningsinstitusjoner i helseregion Øst, og en i helseregion Sør, sto uten avtale.

I St prp nr 1 Tillegg nr 1 (2005-2006) viste Stoltenberg II-regjeringen at omstillingsprosessen hadde vært forsert med et år i forhold til opprinnelig plan (mao at overgangsperioden skulle ha vart ut 2006), og at det var uheldig at det ble gjennomført betydelige strukturelle endringer det siste året i overgangsperioden. De foreslår derfor opprettet et eget tilskudd til ”utvikling av institusjonsbaserte opptreningstilbud/tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene, som et prøveprosjekt. Institusjoner som ikke har fått fornyet driftsavtale i 2006, og som ellers tilfredsstillende nødvendige krav til kvalitet, vil i særlig grad være aktuelle. Det understrekes at formålet med dette tilskuddet er et annet enn det som har ligget til grunn for anbudsprosessene i de regionale helseforetakene, som i særlig grad har vektlagt medisinsk orientert rehabilitering. I tilskuddsordningen vil behovet for å styrke arbeidsrettet rehabilitering, som en videreføring av institusjonene med ordningen kjøp av helsetjenester, bli vektlagt”.

I sin budsjettinnstilling samme år uttrykker sosialkomiteens flertall tilfredshet med overgangsordningen (med unntak av Frp, Krf og Høyre) og at Sosial- og helsedirektoratet får i oppdrag ”å yte tilskudd i 2006 til aktuelle institusjoner som kan tilby institusjonsbaserte tjenester innenfor bl.a. arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene, som et prøveprosjekt”.

Stortinget bevilget 35,5 millioner kroner til denne omstillingen i 2006. Tre opptreningsinstitusjoner innenfor Helse Øst fikk tilskudd – Sjømennenes Helseheims rehabiliteringssenter AS (heretter Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter), Stiftelsen Godthaab helse- og rehabiliteringssenter (heretter Godthaab rehabiliteringssenter) og Fron Rehabiliteringssenter AS (heretter Fron rehabiliteringssenter). Fron rehabiliteringssenter ble



tidligere kalt Sofienberg Rehabiliteringssenter. En opptreningsinstitusjon innenfor Helse Sør - Stiftelsen Frydenberg Rehabiliteringssenter (heretter FRH) – fikk tilskudd. Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å tildele tilskuddet til institusjonene som søkte, samt å ha prosjektansvar i perioden omstillingsvirksomheten foregikk.

Tradisjonelt har opptreningsinstitusjonene vært helseinstitusjoner som gir opphold, vanligvis mellom 2-8 uker, for medisinsk, fysikalsk og annen relevant behandling og opptrening. Formålet med oppholdene har vært å bedre pasientenes funksjonsnivå, bidra til å hindre tilbakefall av sykdom eller skade og bedre muligheten til egenomsorg.

En hovedutfordring for de fire institusjonene som deltar i omstillingsprosjektet, har vært å orientere seg mot en bredere rehabiliteringssammenheng og utvikle tilbud i samarbeid med både nye kjøpere og nye og yngre brukere. For å lykkes i denne omstillingen er det i stor grad behov for ny kompetanse hos de ansatte, som skal omstille seg fra en opptreningskultur der det primære fokuset har vært på sykdom og funksjonssvikt, til en rehabiliteringskultur med fokus på brukers livskvalitetsmål og en mer helhetlig tilnærming til brukere i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Grovt sett kan det settes opp to hovedfokus for omstillingsprosjektene:

- a) Det interne fokuset knyttet til arbeidsmiljøet i en omstillingsprosess.
- b) Det eksterne fokuset knyttet til rehabiliteringssentrene omgivelser og samhandling med nye aktører.

Opptreningsinstitusjonene må, som andre organisasjoner i omstilling, forholde seg til disse to ulike, men parallelle prosessene: Den ene angår selve omstillingsprosessen og handler om å ivareta ansatte og skape et godt arbeidsmiljø gjennom hele prosjektperioden. Mange fikk oppsigelse/varsel om oppsigelse da det ble klart at institusjonene sto uten driftsavtale, og det må settes av tid og rom for å håndtere reaksjoner og følelser, i tillegg til at man utvikler nye tilbud.

I tillegg må sentrene i mye større omfang enn tidligere utvikle ny (system)kompetanse om atferds-/rehabiliteringsprosessen i regionen, og plassere seg inn – kanskje på nye måter – i forhold til andre aktører. De har frem til den 3-årige (fireårige) overgangsperioden primært hatt en rolle i forhold til RTV og primærlegene, og må for fremtiden i stor grad innta en ny rolle og forholde seg til andre deler av omgivelsene, blant annet NAV-arbeid og helseforetakssystemet. Alle de fire sentrene skal i ulik grad omstille seg inn mot arbeidsrettet rehabilitering, som vil kreve en annen type kunnskap og fokus og en samhandling med andre aktører enn det institusjonene har vært vant til. Institusjonenes videreføring synes avhengig av at de kommer i inngrep med andre ”bestillere” av deres

tilbud enn de regionale helseforetakene, særlig mot potensielle bestillere av arbeidsrettet rehabilitering.

To av sentrene – Godthaab rehabiliteringssenter og Frydenberg rehabiliteringssenter – skulle i tillegg gjennomføre prosjekter knyttet til tilbud mot kommunene.

Omstillingen av opptreningsinstitusjonene foregår innenfor et felt der det de seinere årene har foregått og fortsatt foregår store endringer. Helseforetaksreformen og etablering av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) er de største. Reformene innebærer at det trekkes nye ansvarsgrenser mellom tjenester, etater og forvaltningsnivåer, og i tillegg prøves ut nye styringsmidler, bl.a. konkurranseutsetting gjennom anbudsrunder. Opptreningsinstitusjonene involveres i reformene gjennom at deres tjenester må bestilles fra regionale helseforetak og reguleres gjennom avtaler med disse. De opptreningsinstitusjonene som ikke fikk avtale med de regionale helseforetakene, må ifølge Stortinget omstille seg mot nye bestillere, kommunene eller aktører som kan tenkes å ønske arbeidsrettet rehabilitering. Omstillingsprosjektet berører dermed langt flere aktører og områder enn bare de fire opptreningsinstitusjonene som per i dag har fått omstillingsmidler.

Sosial- og helsedirektoratet ønsket å evaluere denne omstillingen (dvs tilskuddet, ikke den fireårige overgangsperioden), og ga oppdraget til AFI. AFIs viktigste oppgaver skulle være:

- følgeforskning/evaluering som gir innspill til prosjektprosessen underveis, for både delprosjektene og Sosial- og helsedirektoratet
- å dokumentere/skriftliggjøre den interne omstillingen i samarbeid med delprosjektene
- å dokumentere/skriftliggjøre den eksterne omstillingen i forhold til nye aktører/kjøpere i samarbeid med delprosjektene
- å analysere delprosjektene mulighet til å omstille seg i lys av arbeids- og ansvarsdelingen mellom ulike forvaltningsnivåer og etater/tjenester
- å delta og observere i møter, samlinger og grupper gjennom prosjektperioden
- å intervju sentrale personer/aktører samt
- bidra med å utarbeide ide og opplegg for kompetanseheving i fellesmøter/samlinger.

# 2

## Metode

Metodisk tilnærming i evalueringen har vært såkalt følgeforskning, hvor meningen har vært å bidra til kursjusteringer underveis, bidra til å gi et kunnskapsgrunnlag for å videreføre evt prosjektbevilgninger, samt systematisere en del av erfaringene som er gjort og gjøre dem tilgjengelig for andre. Institusjonene hadde selv fått bevilget midler til å drive internevaluering av omstillingsprosessene. Evalueringen skulle ikke produsere data som kunne inngå i en resultatevaluering, eller gjennomføre slike undersøkelser.

Datainnsamlingen knyttet til prosjektene har i hovedsak foregått gjennom deltakelse på de nesten månedelige prosjektgruppemøter, i regi av direktoratet. Her var samtlige institusjoner representert, de fleste av institusjonene med mer enn én deltaker. For Godthaab rehabiliteringssenter og SRH har også direktørene vært til stede på møtene, foruten prosjektleder. På hvert prosjektgruppemøte har det til dels vært en til dels omfattende gjennomgang av status i prosjektene, og løpende diskusjon av erfaringer og resultater. Jeg har i tillegg besøkt samtlige institusjoner (august 2006), og besøkt 1 institusjon og hatt telefonintervjuer med 3 institusjoner sammen med prosjektleder i Sosial- og helsedirektoratet i desember 2006. I januar 2007 var vi også til stede på et møte på Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter hvor Liv Haugli (Rauland attførings-senter) og NAV kontorene i Asker og Bærum var til stede.

Jeg overtok evalueringen av omstillingsprosjektet når kollega Ingebjørg Skarpaas gikk ut i svangerskapspermisjon, og har fulgt arbeidet siden juni 2006. Skarpaas hadde da blant annet skrevet en internrapport basert på besøk og intervjuer på institusjonene, som lå til grunn for mitt videre arbeid.

Jeg har videre hatt tilgang til to søknader fra alle institusjoner om omstillingsmidler, samt den rutinemessige rapporteringen om bruken av midlene til oppdragsgiver. I tillegg har jeg selv utarbeidet en mal for rapportering fra omstillingsprosjektene, som har resultert i et 10 siders notat fra hver av institusjonene. Rapportmalen inneholdt 4 hovedtemaer: Forholdet til omgivelsene; omstillingen på institusjonen (ansattes medvirkning, oppsigelser, nyrekruttering, eksternt bistand, sykefravær, arbeidsmiljøundersøkelser, opplæring mv); brukermedvirkning og oppfølging/fremtid.

I tillegg har jeg vært til stede på 3 referansegruppemøter for prosjektet, og hvor Kommunenes Sentralforbund (KS), Bærum kommune, Ullevål universitetssykehus HF, Helse Øst RHF, Helse Sør RHF; Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og NAV har vært til stede foruten Sosial- og helsedirektoratet.

En del av prosjekt- og referansegruppemøtene har hatt eksternt deltakelse, og hvor det har vært forelesninger og diskusjon blant annet om NAV, arbeidsrettet rehabilitering, individuell plan og lov om offentlige anskaffelser, samt innlegg fra prosjektleder og

styringsgruppe om aktuelle temaer knyttet til budsjettarbeid, og oppfølgingen av IA-avtalen knyttet til ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester.

Det har også vært avholdt separate møter med Rauland attføringscenter og Sosial- og helsedirektoratet, hvor jeg har vært til stede, om utviklingen av et trainee-opplegg for de ulike institusjonene. Endelig har jeg hatt fortløpende kontakt og egne møter med prosjektleder og (i mindre omfang) styringsgruppen i Sosial- og helsedirektoratet.

Institusjonene har hatt anledning til å lese igjennom og kommentere min presentasjon av deres virksomhet. Referansegruppa har hatt anledning til å lese og kommentere hele rapporten. Bare helseforetakene har benyttet denne anledningen. I tillegg har Attføringscenteret i Rauland (AIR) fått og benyttet anledningen til å kommentere rapporten.

# 3

## Oppbygning av rapporten

I første del beskriver jeg kortfattet den ”infrastruktur” eller riktigere den mangel på infrastruktur for kjøp av helse og rehabiliteringstjenester, som omstillingen av opp-treningsinstitusjonene inngår i. Det er urimelig å vurdere det arbeidet som har foregått i institusjonene uten i lys av disse overordnede karakteristika.

Jeg presenterer deretter omstillingsprosessen i de fire institusjonene; Stiftelsen Godthaab rehabiliteringssenter, Sjømennesenes helseheims rehabiliteringssenter AS, Stiftelsen fryden-berg rehabiliteringssenter og Fron rehabiliteringssenter AS.

I tredje del drøfter jeg erfaringene fra institusjonen samlet, og ser spesielt på spørsmål knyttet til erfaringene med anbudssystemet, det interne omstillingsarbeidet, faglig innhold i tilbudene de har utviklet samt markedsføring. Avslutningsvis gir jeg en vurdering av det omstillingsarbeidet institusjonene har gjennomført.

I fjerde og avsluttende del gir jeg en kortfattet beskrivelse av noen av de lærdommene man kan trekke på institusjonelt nivå, av det omstillingsprosjektet Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført i fire opptreningsinstitusjoner, på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

# 4

## Overordnet bakgrunnsbeskrivelse

### 4.1 Den politiske bakgrunnen for omstillingen av opptreningsinstitusjonene

Det er flere forhold som det er interessant å legge merke til når man ser på den politiske historien bak omstillingsmidlene til rehabiliteringsinstitusjonene.

For det første har det vært politisk strid om overføringen av finansieringsansvar og bestilleransvar til de regionale helseforetakene. Ordningen ble vedtatt av Bondevik II-regjeringen med Frps støtte. På tross av at helseforetaksreformen var Stoltenberg I-regjeringens ektefødte barn, og selv var basert på en bestiller-utfører modell, så argumenterte blant annet AP imot denne "harmoniseringen" når det gjaldt opptreningsinstitusjonene. De var "redde for at RHF-enes økonomiske situasjon ikke ville skape forutsigbar drift for opptreningsinstitusjonene, og at det ville skje nedleggelse og innskrenkninger i tjenestetilbudet som ikke er begrunnet i behovene innen rehabiliteringsfeltet", og at utviklingen av nye tilbud kunne stanses, grunnet overgangsordningen når det gjaldt finansiering (Budsjett-innst.S.nr 11 2002-2003).

For det andre har ikke politikerne, selv ikke de som støttet ansvarsoverføringen, ønsket å bære de politiske konsekvensene av det de har vedtatt. Ansvarsoverføringen innebærer at opptreningsinstitusjonene blir en del av de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenesten. Det blir således RHF-enes oppgave å utvikle rehabiliteringstilbudene i disse institusjonene ut fra en vurdering av befolkningens totale behov for denne typen rehabiliteringstjenester, og innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Når denne vurderingen innebar reduksjon i antall plasser ut fra en lokal vurdering og et ønske om å satse på kvalitet fremfor kvantitet, var dette noe som utløste tverrpolitisk bekymring. I Bondevik II-regjeringens forslag til statsbudsjett for 2004-2005 understreker regjeringen at "rehabiliteringsvirksomheten må prioriteres høyere, og at de institusjoner som driver denne virksomheten må sikres en bedre og mer forutsigbar økonomi", og at aktiviteten minst skal opprettholdes på 2004-nivå (St.prp 1 2005-2006). Bekymringen for institusjonens fortsatte overlevelse henger antakeligvis også sammen med at flere av våre omstillingsinstitusjoner har sterk lokalpolitisk og befolkningsmessig støtte, og at det generelt står sterke interesseorganisasjoner bak ønsket om å opprettholde institusjonsbaserte rehabiliteringstilbud, som for eksempel Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen og andre.

For det tredje ønsker politikerne, tross at de har delegert disse vurderingene ut til de regionale helseforetakene, å opprette stadig nye institusjonsbaserte rehabiliteringstilbud, blant annet knyttet til fibromyalgi, lungerehabilitering, reumatisme og andre grupper med kroniske tilstander. Det siste forslaget, som også ble vedtatt, var Hysnes helsefort i Rissa kommune, finansiert via AID. Hysnes helsefort ble lagt under Helse Midt-Norge, for øvrig et av de helseforetakene som ved en anledning har uttrykt en viss skepsis til at arbeidsrettet

rehabilitering – og som i tid oppfattes å komme etter spesialistrehabiliteringen – skulle være en del av deres ”sørge for”-ansvar, når de samtidig var bedt om å nedprioritere rehabiliteringsoppgaver som lå nærmere kommunehelsetjenestens ansvarsområde.

For det fjerde er det politisk uenighet, og til dels skiftende politiske signaler, om hvorvidt det offentlige skal bygge opp egne behandlings- og opptreningsstilbud, eller om private institusjoner som er konkurransedyktige på pris og kvalitet skal foretrekkes. I Budsjett-innst. S nr 11 2003-2004 stemmer Ap og SV mot et forslag som forutsetter likeverdig behandling av private og offentlige institusjoner, mens i Bondevik II-regjeringens Sem-erklæring heter det ”at de private helseinstitusjonene utgjør et viktig supplement til de offentlige sykehusene, og er et viktig korrektiv til disse når det gjelder organisering og effektivitet”.

For det femte har politikerne synspunkter på innholdet i tjenestene. I økende grad har politikerne, og da særlig politikerne fra AP, SV og SP, ønsket at opptreningsinstitusjonene skal ”bidra i arbeidet med inkluderende arbeidsliv med opptrening for å redusere sykefravær og hindre uførhet” (Budsjett-innst S nr 11 2002-2003). I statsbudsjettet året etter ber imidlertid også Bondevik II-regjeringen RHF-ene om å samarbeide med trygdeetaten om ”opptreningsopphold og funksjonsvurderinger til personer som er sykmeldt eller uføretrygdet, eller står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet”, samt å utvikle kompetanse når det gjelder funksjonsvurderinger. I komiteens budsjettinnstilling samme år anbefaler flertallet (AP, SV, SP og Frp) videre at Attføringscenteret i Rauland utvikles til nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering.

I Stoltenberg II-regjeringens budsjettforslag for 2005-2006 (St.prp. nr 1 tillegg nr 1) kom bekymringen for opptreningsinstitusjonens fremtid til uttrykk gjennom forslaget om omstillingsmidler for de institusjonene som ikke fikk fornyet driftsavtale med RHF-ene for 2006. På tross av at AP og Sp (minus SV) tok det nye finansieringssystemet for opptreningsinstitusjonene til etterretning (Budsjett-innst S nr 11 2004-2005), mente de at institusjonene var gitt for kort tid til omstilling, og foreslo opprettelsen av ”omstillingsprosjektet”. I budsjettinnstillingen for 2006-2007 uttrykker en samlet komité at de er fornøyd med at bevilgningen til tilskudd til utvikling av opptreningsinstitusjonene videreføres i 2007” (Budsjett-innst S nr 11 2006-2007), og at tilskuddet må sees i sammenheng med ”målet om kortere sykefravær for dem som står i behandlingsskø, gjennom kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester”. Presiseringen må sees i sammenheng med at Stoltenberg II-regjeringen i forkant av statsbudsjettet har, som en del av sykefraværskompromisset, lovet i overkant av 600 millioner kroner til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Dette på tross av at det i 2004 ble bevilget 114,5 mill kroner og i 2005 120 millioner kroner til kjøp av slike tjenester, mens bare henholdsvis 61.7 og 56.1 ble brukt.

Hva kan vi på denne bakgrunn si om de politiske betingelsene for RHF-enes virksomhet og i neste omgang for opptreningsinstitusjonenes virksomhet?

Stortinget ønsker seg institusjonsbaserte medisinske rehabiliteringstilbud til ulike grupper og diagnoser, ut fra at disse gruppene mangler et godt tilbud. Samtidig ønsker de at RHF-ene og opptreningsinstitusjonene i større grad skal utvikle tilbud til personer som er sykmeldt eller uføretrygdet, eller står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet. De understreker behovet for å utvikle et mer helhetlig tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering, og de oppretter Attføringsssenteret i Rauland som nasjonalt kompetansesenter innenfor arbeidsrettet rehabilitering, og da som en tjeneste innenfor spesialisthelsetjenesten.

Samtidig gjør de opptreningsinstitusjonene til en del av spesialisthelsetjenesten, ut fra et ønske om å sikre helhet og kontinuitet i rehabiliteringstjenestene, og å videreutvikle rehabiliteringstilbudene i disse institusjonene ut fra befolkningens behov for tjenester. Stortinget tar imidlertid nesten tverrpolitisk avstand fra RHF-enes vurderinger av helhet, økt bemanning og videreutvikling og behov, når disse innebærer reduksjon i tilbudet eller nedleggelse av institusjoner. På den ene siden gir de omstillingstilskudd til noen institusjoner som har mistet avtale, og som etter RHF-enes mening allerede har fått tid til å omstille seg, samtidig som andre institusjoner nedlegges eller trues av nedleggelse. I tillegg opprettes det nye institusjoner, og via andre departementer enn det departementet som har fått ansvar for RHF-ene, og uten at det er klart hva slags helhetlige analyser som ligger bak opprettelsen av disse institusjonene.

Situasjonen henger sammen med den institusjonelle, organisatoriske og faglige kompleksiteten som opptreningsinstitusjonene inngår i, og de utfordringene det reiser å søke å styre denne kompleksiteten på mer formålstjenlige måter.

## 4.2 Institusjonelle og organisatoriske endringer

For det første har man ønsket å arbeidsrette hele velferdsfeltet, hvor ikke bare sosialtjenestene og trygdetjenestene inngår, men også helsetjenestene. For det andre har man ønsket en helhetlig og sammenhengende tjenesteyting, som i større grad makter å svare på utfordringene til personer med sammensatte problemer. For det tredje har man ønsket en mer effektiv velferdsforvaltning.

Utfordringen for opptreningsinstitusjonene (og for arbeidsrettet rehabilitering) er imidlertid at disse politiske målsettingene primært har vært søkt virkeliggjort *innenfor* helsetjenestene og *innenfor* det arbeids-, trygde- og sosialpolitiske systemet, mer enn *mellom* dem:

Først fikk vi sykehusreformen (fra 2002), hvor staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Den ble organisert i fem regionale helseforetak som skulle være administrative organer, mens de underliggende organer – helseforetakene – var ansvarlig for tjenesteytingen. Bakgrunnen for reformen var ikke minst behovet for bedre styring og effektivitet, men også behovet for bedre samordning og kontinuitet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men også mellom de ulike delene av spesialist-



helsetjenesten. Fokuset var således på samordningsbehov innenfor helsetjenesten, mer enn på samordningsbehov mellom helsetjenesten og arbeids-, trygde- og sosialtjenester.

Så fikk vi NAV-reformen, hvor målsettingen nettopp var å sikre større grad av målretting, brukerretting og helhetlighet i innsatsen knyttet til arbeidslinja, dvs mellom nettopp arbeids-, trygde og sosialtjenestene. Det sentrale virkemiddelet for å oppnå dette var å fusjonere trygde- og arbeidsmarkedsstaten, og inngå et formalisert samarbeid med kommunenes sosialtjenester. Håpet var at man gjennom en slik organisatorisk reform kunne unngå de utbredte ”innelåsings- og kasteballeffektene”, som innebar at folk ble i systemet i årevis uten aktive tiltak, eller ikke fikk egnede tiltak fordi de ulike aktørene ikke var enig om hvem som hadde ansvaret for hvilke klienter, og hvilke tiltak og virkemidler som burde settes inn. Fokuset her har således vært på samordningsbehov innenfor arbeids- og velferdsfeltet, mer enn mot samordningen mellom den nye etaten og RHF-ene.

Illustrerende nok foretar oppgavefordelingsutvalget (Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune NOU 2000:22) ingen gjennomgang av disse problemstillingene. Den refererer til en rekke stortingsmeldinger og NOU’er som har kommet med forslag for å bedre samarbeid og samordning innenfor helse- og sosialsektoren og innenfor området arbeid, sosial og trygd, men redegjør ikke for samordningen mellom disse systemene.

Arbeidsrettet rehabilitering er et relativt nytt begrep, ennå dårlig forankret i politisk og administrativ tenkning. Samtidig synes det hevet over tvil at begrepet nettopp adresserer det som ligger ”mellom” det vi kan karakterisere som henholdsvis helse- og arbeidsaksen:

Første gang jeg har sett begrepet brukt i offentlige dokumenter er i Stoltenberg I-regjeringens forslag til statsbudsjett for 2001 (St.prp 1 2000-2001 programområde 29 og 30). Begrepet nevnes i forbindelse med regjeringens ønske om å presisere ovenfor Aetat at de må gi et tilbud om vurdering/utprøving av atfføringspotensialet til alle som trygdeetaten mener har behov for det. Særlig gjelder det yngre mennesker med muskel/skjellett lidelser eller lettere psykiske lidelser. Med utgangspunkt i dette, heter det, ”arbeider sosial- og helsedepartementet med andre departementer for å utvikle en strategi for *arbeidsrettet rehabilitering*... for å bidra til at langt flere som har funksjonshemming, kronisk sykdom eller sammensatte helseproblem og/eller sosiale problem skal få bistand til å utvikle og bevare arbeidsevnen”. Jeg kjenner ikke til resultatene av dette arbeidet.

I en stortingsmeldingen om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten (St.meld nr 14 2002-2003) understrekes det at ”helsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for etatene. Helsetjenestens deltakelse er nødvendig og ofte avgjørende for å kunne gi et helhetlig tilbud til personer med sammensatte problemer, og for å nå målet om at flere skal i komme i arbeid”.

Arbeidsrettet rehabilitering innebærer at aktørene må være orientert mot arbeid. Det er nødvendig å dreie tenkemåten fra funksjonssvikt og sykdomsorientering til funksjonsevne og hva den enkelte kan utføre tross helseplager. I denne forbindelse, sies det videre, er det

nødvendig å se brukernes problemer i sammenheng, og at en evt omorganisering av Aetat, trygdeetaten og sosialkontortjenesten ”må koordineres med reformarbeid som omfatter helsetjenesten”.

Begge disse definisjonene av arbeidsrettet rehabilitering peker i samme retning. For det første retter begrepet oppmerksomheten mot behovene til individer med sammensatte problemer (yngre mennesker med funksjonshemming, kronisk sykdom eller sammensatte helseproblem og/eller sosiale problem), dvs mot personer hvis problemer i forhold til arbeidslivet også har en helsemessig komponent. For det andre retter definisjonen oppmerksomheten mot et behov for et tettere samarbeid mellom arbeid, trygd og sosialtjenestene og helsetjenesten, hvis man skal lykkes i å gi et helhetlig tilbud til disse gruppene. For det tredje understreker definisjonen at dersom rehabiliteringen skal være arbeidsrettet, så må tenkemåten dreies fra funksjonssvikt og sykdomsorientering som tradisjonelt har preget helsetjenestene, til funksjonsevne og hva den enkelte kan utføre tross helseplager.

Spørsmålet er imidlertid hvordan arbeidsrettet rehabilitering operasjonaliseres i praksis innenfor henholdsvis arbeids- og helse(foretaks)systemet, og om opptreningsinstitusjonene kan spille en rolle i denne sammenheng. Til grunn for spørsmålet ligger selvfølgelig Stortingsflertallets vurdering av at de bør og kan spille en rolle, og ønsket om å omstille dem til å bli leverandører av tjenester i grensesnittet mellom arbeid og helse. Og om og på hvilken måte aktuelle departementer følger opp disse styringssignalerne.

Med ”sykefraværskompromisset” høsten 2006 ble også ordningen om kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte gjeninnført. Det ble bevilget over 600 millioner kroner til dette formålet, blant annet til kjøp av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester, og midlene er fordelt mellom RHF-ene og NAV. Utover at dette er mye penger, og mer penger enn det man tidligere har lyktes i å bruke på området, burde dette kunne innebære midler til å kjøpe slike tjenester av opptreningsinstitusjonene. Samtidig gis bevilgningen foreløpig bare for et år om gangen, noe som skaper manglende forutsigbarhet både for bestillere og utførere. I anbudsdokumentene ble det understreket at NAV ikke ønsket å kjøpe institusjonsbaserte tjenester, og at arbeidsrettet rehabilitering innrettet mot NAV-systemet, etter deres mening ikke krever formalisert helsefaglig kompetanse. Midt i anbudsrunden gikk man likevel tilbake på dette, og viste til egen anbudsrunde for kjøp av slike plasser. Det er uklart hvor omfattende avtaler RHF-ene kommer til å inngå med private leverandører overhodet, eller om de kommer til å utnytte ledig kapasitet eller styrke kapasiteten i egne sykehus uten konkurranse. Det er selvfølgelig også usikkert om de 4 omstillingsinstitusjonene får avtale med de aktuelle RHF-ene, og i så fall hvilket omfang dette får.

Jeg vil først beskrive RHF-systemet, og med særlig fokus på Helse Øst og Helse Sør som også finansierer Attføringssenteret i Rauland (AiR), som i 2005 fikk status som nasjonalt kompetansesenter i arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR). Dernest vil jeg beskrive noen elementer i NAV sin tenkning knyttet til arbeidsrettet rehabilitering.

## 4.3 RHF-systemet

Før jeg går videre er det viktig å understreke at det er fem RHF-er og samtlige har utviklet sine egne strategier og satsinger. Jeg har ikke hatt anledning til å studere i hvilken grad disse strategiene er enhetlige eller ikke. Helse Midt-Norge har uttrykt at de ikke ser arbeidsrettet rehabilitering som en del av sitt "sørge for"-ansvar. Samtidig er Hysnes helseforetak, som holder på med arbeidsrettet rehabilitering, nå lagt under dem. Den foregående fremstillingen bygger i hovedsak på materiale fra Helse Øst og Helse Sør, foretak som begge sitter i referansegruppa for omstillingsprosjektet. Tre av institusjonene som mistet avtale med helseforetakene kom fra Helse Øst, en av institusjonene kom fra Helse Sør.

Helseforetaksreformen innebar at RHF-ene fikk ansvar for å "sørge for" at befolkningen hadde et tilfredsstillende spesialisthelsetjenestetilbud innen rehabilitering. I den forbindelse ble også situasjonen for opptreningsinstitusjonene aktualisert. Når det gjaldt opptreningsinstitusjonene som etter hvert ble underlagt spesialisthelsetjenestelovgivningen, fikk RHF-ene ansvar for å knytte dette tilbudet nærmere opp mot spesialisthelsetjenesten og de krav som stilles der, og for å videreutvikle tilbudet slik at det svarte til befolkningens behov for slike tjenester.

### 4.3.1 Helse Øst:

Helse Øst sier at de i sin politikk (avtaleinngåelse) vis a vis opptreningsinstitusjonene har fulgt anbefalingene i NOU 2005:3 s 98: Fra stykkevis til helt. Her anbefaler utvalget at (Rehabilitering i Helse Øst 31.1.2006):

- institusjonene underlegges de samme prinsipper og retningslinjer for kvalitet og prioritering som helseforetakene
- institusjonene skal være et supplement til, men ikke erstatte rehabiliterings- og etterbehandlingstilbudene i sykehus og kommunehelsetjenesten
- de nye avtalene må gi grunnlag for en kvalitativt bedre tjeneste, riktigere prioriteringer og en mer helhetlig behandlingsskjede.
- Avtalene må understøtte arbeidet for en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste med god samhandling.

I praksis har dette ført til klare signaler over flere år om en satsing på færre plasser og høyere bemanning per plass for å kunne gi et adekvat spesialisthelsetjenestetilbud. Man har søkt å oppnå større grad av (i hovedsak diagnosebasert) funksjonsfordeling for å gi bedre mulighet for institusjonene til å utvikle fagkompetanse, og man har ønsket tettere samhandling mellom helseforetak og institusjon slik at de kunne inngå i en sammenhengende behandlingsskjede. Det understrekes at Helse Øst er den helseregion med absolutt flest rehabiliteringsplasser per innbygger (Helse Øst RHF 31.01.2006).

Politikken må også sees i sammenheng med en rapport Sunnaas sykehus har laget for Helse Øst RHF om "Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst" 7.4.06 (Urt-rapporten). Den beskriver behovet for rehabilitering i regionen, og ser særlig på behovet, tilbud, udekkede behov og tiltak for 14 diagnosegrupper. Rapporten forteller om et behov for spesialiserte diagnosebaserte tilbud, basert på høy medisinsk faglig kompetanse basert på "beste praksis", og for bedre kjedete tilbud.

Rapporten understreker at eksisterende registre sier lite om pasientens rehabiliteringsbehov og om effekt av ulike behandlinger sett i forhold til ressursbruk og nytte. Det er derfor behov for mer forskning om dette. Videre beskriver de at dagens finansieringssystem "i liten grad er tilpasset rehabiliteringsfeltet". Likevel beskriver de på grunnlag av rapportene om 14 diagnosegrupper et behov for å øke den totale ressursinnsatsen innen rehabilitering i årene som kommer, også for andre grupper enn de som er behandlet spesielt, for eksempel minoritetsgrupper, dobbelt- og trippeldiagnose, unge mennesker med varige funksjonsnedsettelse og tilbud til pasienter med depresjon, utbrenthet og angst, i tillegg til sin somatiske lidelse. De anbefaler færre og mer spesialiserte døgntilbud, og mer satsing på dagtilbud, polikliniske tilbud, ambulante tjenester og lærings- og mestringssentraer.

Behovet for arbeidsrettet rehabilitering omtales. Det ble i rapporten anbefalt å sette i gang et prosjekt "som skal utarbeide retningslinjer og metoder for hvordan arbeidsperspektivet systematisk kan løftes frem allerede i rehabiliteringens tidlige fase, og for samhandling med aktørene innen atferdssektoren".

Muntlig utdyper representanter for Helse Øst disse vurderingene.

Generelt hevder de at det er overkapasitet i markedet for institusjonsbasert rehabilitering, dvs til "selvhjulpne pasienter som ikke nødvendigvis har omfattende rehabiliteringsbehov som ikke kan dekkes i brukerens lokalmiljø".

Representantene i referansegruppa understreker "at rehabilitering med arbeid med mål bør være en del av all rehabilitering for folk i arbeidsfør alder. Det gjør imidlertid ikke at all arbeidsrettet rehabilitering kan karakteriseres som spesialisthelsetjeneste". På denne måten synes helseregion Øst å skille mellom rehabilitering med arbeid som mål – et mål som bør gjennomsyre all rehabiliteringsvirksomhet for personer i yrkesaktiv alder, og arbeidsrettet rehabilitering som en type institusjonsbasert spesialisthelsetjeneste. Som vi skal se definerer det nasjonale atferdscenteret i Rauland, nettopp arbeidsrettet rehabilitering som en institusjonsbasert spesialisthelsetjeneste. Helse Øst RHF varsler at de kan komme til å kjøpe slike tjenester gjennom ordningen "raskere tilbake", dvs ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte.

Det er ifølge foretaket "uklart definert hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar for arbeidsrettet rehabilitering". Det fremheves "at det ikke er gitt føringer i styrings- og bestillerdokumentene fra HOD til RHF-ene som tydeliggjør de regionale helseforetakenes ansvar for arbeidsrettet rehabilitering. De regionale helseforetakene har godt over 100

styringsmål” og foretakets representant ”kan ikke huske at arbeidsrettet rehabilitering har vært et av styringsmålene”.

Videre uttrykker det at ”institusjonsbasert rehabilitering ikke nødvendigvis er det eneste virkemiddelet i forbindelse med rehabilitering... når arbeid er et mål. Rehabilitering bør vanligvis skje i nærmiljøet. Det er også behov for polikliniske tilbud... for mennesker med mer omfattende problemstillinger og behov for tverrfaglig og tverrspecialisert innsats”.

Når det ellers gjelder samhandlingen med NAV-systemet, så peker også foretaket på at styringssignalene er utydelige, og at hovedfokuset har ligget på samhandlingen med kommunene.

Summa summarum synes Helse Østs syn å være at rehabilitering med arbeid som mål grunnleggende sett bør være et viktig hensyn som må bakes inn i alt rehabiliteringsarbeid i foretakets regi for personer i arbeidsfør alder. Slik rehabilitering er imidlertid ikke alltid en helsetjeneste som krever spesialistkompetanse, og enda mindre institusjonsopphold. Tvert imot mener de det ofte er en prosess, som bør foregå i lokalmiljøet og i samarbeid med NAV, men hvor også poliklinisk spesialisttjeneste kan inngå. Helse Øst har imidlertid ennå ikke utviklet en klar strategi for hvordan dette samarbeidet i praksis skal foregå.

Samtidig kjøper Helse Øst i dag institusjonsbaserte tjenester innen arbeidsrettet rehabilitering, og varsler også at de skal gjøre det i forbindelse med ordningen ”raskere tilbake”, men at ”tjenestene som kjøpes skal ha en tydelig helserettet profil – samtidig som det legges vekt på attføring til arbeid og mestring av arbeidslivets krav”. De har ingen undersøkelser av behov for slike tjenester. Helse Øst ønsker videre en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar for arbeidsrettet rehabilitering, og at det inngår som et av styringsmålene for Helse Øst.

#### 4.3.2 Helse Sør

Helse Sør har utviklet noe de kaller en ”tilbudsfokusert tilnærming” til rehabiliteringsfeltet. (Mestring, tilgjengelighet, forutsigbarhet. En tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander. Helse Sør 2004). Dette handler om individuelt tilpassede og modulbaserte behandlingsopplegg hvor pasienten i samråd med kommunal koordinator/fastlege og pasientansvarlig lege/sykepleier/terapeut setter sammen et eget behandlingsopplegg basert på det samlede tjenestetilbudet i første- og andrelinjetjenesten”.

Et hovedpoeng her er at det meste av rehabiliteringsvirksomheten skal foregå som et helsepedagogisk tilbud basert på empowering-tankegangen, som et dagtilbud, eller ambulant. Poenget er å kunne ”skåne pasientene og tjenesten for innleggelser med avklaringer nærmere pasientens hjem”. Likevel skal det finnes enkelte innleggende tilbud for tilstander hvor det er få eller komplekse pasienter, og hvor det trengs tverrfaglig institusjonsbasert rehabilitering. Slike plasser skal også kunne kjøpes.

I tiltaksplanen for rehabiliteringstjenester i Helse Sør (august 2006) gjelder behovet for døgnplasser blant annet nevrologi, kreft og hjerte-/lungesyke. Det hevdes ”at behovet for rehabiliteringstjenester er vesentlig større enn tilbudet”, men at store grupper av rehabiliteringspasienter ”kan ikke få, og skal ikke ha et rehabiliteringstilbud i andrelinjetjenesten”. For disse – inkludert muskel- og skjellett – vil behovet ”primært være et rehabiliteringstilbud forstått som et samarbeidstiltak mellom første- og andrelinjetjenesten”.

Ved å redusere antall plasser i institusjoner i andrelinjen, vektlegge polikliniske og ambulante tilbud, og styrke samarbeidet og samhandlingen mellom foretakene og kommunene ved å utvikle ”rehabiliteringsintegreerte sentre”, så ”kan ressurser frigjøres til forskning som kan komme alle rehabiliteringstilbud til gode”.

Arbeidsrettet rehabilitering er ikke nevnt som et område Helse Sør skal satse på. På tross av dette kjøper Helse Sør i år (2007) 60 institusjonsbaserte plasser i arbeidsrettet rehabilitering, særlig ved Attføringscenteret i Rauland (AiR). AiR er i dag, som nevnt, også blitt nasjonalt kompetansesenter på arbeidsrettet rehabilitering, midler som kanaliseres via Helse Sør. Arbeidsrettet rehabilitering ytes også ved Spesialsykehuset for rehabilitering i Stavern.

Representanten for Helse Sør synes å dele Helse Østs skille mellom rehabilitering med arbeid som mål og arbeidsrettet rehabilitering, der arbeid med rehabilitering som mål også bør være et perspektiv som gjennomsyrrer spesialisthelsetjenesten.

”Alle rehabiliteringsaktører i andrelinjetjenesten som har målgrupper i arbeidsfør alder... bør...ha deltakelse i yrkeslivet som et sentralt hoved- eller delmål”. Dette gjelder også lærings- og mestringssentrene som er opprettet ved helseforetakene. Det sentrale ved dette tilbudet er imidlertid at det ikke foregår i institusjon men lokalt, poliklinisk og/eller ambulant og i samarbeid med NAV. Veien å gå ”er ikke å utvikle flere ARR-institusjoner, men å utvikle den likeverdige dialogen”: ”Samhandling mellom aktører” er ”nøkkelen til fremtiden”. Her tar Helse Sør RHF selv et aktivt ansvar ved å ta del i utviklingsvirksomhet for å utvikle ”helsepedagogiske” arenaer hvor kommuner, spesialisthelsetjeneste og NAV skal være til stede, såkalte ”rehabiliteringsintegreerte sentra”.

Særlig er det behov for slike tiltak i førstelinjen for grupper med sammensatte lidelser, blant annet muskel- og skjellettlidelser, der det gjelder å lære seg å mestre ”sine vondter, og likevel gå på jobb”, og hvor man vil ha stor ”nytte av velfungerende samhandling”. Slike personer ”må ikke... skvises gjennom institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke først og fremst en spesialisthelsetjenesteproblematikk... det handler om læring og mestring”. Samtidig har, som vi skal se, Attføringscenteret i Rauland, som ligger under Helse Sør, nettopp utviklet et institusjonsbasert tilbud i arbeidsrettet rehabilitering for denne målgruppa.

I mange tilfeller kan ”gjennomføre rehabiliteringsprosesser (med arbeid som mål, mtf) lokalt uten involvering av andrelinjetjenesten. Overalt i landet finnes det lokal kompetanse som primærleger, fysioterapeuter, sykepleiere med mer, og det finnes arbeidslivsaktører som arbeidsgivere, bedriftshelsetjeneste, trygdekontor, Aetat, Arbeidslivsentre, kurs- og skoletilbud osv. Med den nye NAV-organiseringen finnes det et stort potensial for utvikling av lokalt forankrede, tverrfaglige rehabiliteringsprosesser. NAV vil kunne være en helt sentral aktør for å initiere og koordinere rehabiliteringsprosesser lokalt”. I utgangspunktet betraktes derfor ikke rehabilitering med arbeid som mål som en spesialisthelsetjeneste.

Summa summarum hevder Helse Sør at rehabilitering med arbeid som mål bør integreres som et perspektiv i all annen rehabiliteringsvirksomhet for personer i arbeidsfør alder. I hovedsak er dette noe som ligger utenfor spesialisthelsetjenestens ansvar. Arbeidsrettet rehabilitering kan være et anliggende for spesialisthelsetjenesten. Særlig gjelder dette for sammensatte lidelser, som personer med muskel- og skjelettlidelser. Helse Sør kjøper 60 institusjonsbaserte ARR-plasser per år, ikke minst via Attføringscenteret i Rauland, som også har nasjonale kompetansesenterfunksjoner for arbeidsrettet rehabilitering. Samtidig opererer Helse Sør med et annet spesialisthelsetjenestetilbud innenfor rehabiliteringsfeltet, hvor arbeid er et mål. Det er et tilbud om læring og mestring, som bør gis via lærings- og mestringssentrene til personer tidlig i sykemeldingsfasen. Fokuset her må være på å utvikle samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og NAV.

#### 4.3.3 Nasjonalt kompetansesenter i arbeidsrettet rehabilitering – Attføringscenteret i Rauland NK-ARR (AiR)<sup>1</sup>

I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2005 vedtok Stortinget å bevilge 2 millioner kr til Attføringscenteret i Rauland (Innst.S.nr.240 2004-2005). I finanskomiteens begrunnelse uttrykker komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Senterpartiet og Kystpartiet, at pengene bevilges ”slik at det kan legges til rette for at senteret kan videreutvikles til et kompetansesenter innenfor yrkesrettet rehabilitering”. Komiteen ”viser til at Attføringscenteret i Rauland har søkt status som nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering”. De viser til tidligere budsjettinnstilling hvor det heter: ”Flertallet viser til at det ved Attføringscenteret i Rauland er etablert særskilt kompetanse på yrkesrettet rehabilitering. Flertallet ber om at Regjeringen legger til rette for at Attføringscenteret i Rauland videreutvikles nasjonalt til et kompetansesenter innenfor yrkesrettet rehabilitering” (B innst.S.nr.11 2002-2003). Tilsvarende oppfordringer kommer i budsjettinnstillingene for 2004 og 2005.

Politikernes begrunnelser for å opprette et slikt kompetansesenter er flere:

Det er behov for tjenester ”som er spesielt utforma for å bidra til at sykmeldte og andre på sykdomsrelaterte ytelser kommer tilbake i arbeidslivet (B innst.S.nr.11 2003-2004); det er behov for at denne kompetansen videreutvikles og blir spredd til andre institusjoner og til

---

<sup>1</sup> Forkortelsen NK-ARR er forkortelsen Attføringscenteret i Rauland bruker om seg selv. Arbeidsrettet rehabilitering omtales gjennomgående som ARR, og brukes ensbetydende med den forståelsen av arbeidsrettet rehabilitering som Attføringscenteret i Rauland selv legger til grunn.

primærhelsetjenesten og bedrifter og virksomheter rundt i landet”. Endelig vises det til ”oppnådde resultater ved Attføringscenteret i Rauland der helhetlig arbeidsrettet metodikk er velprøvd, og 8 av 10 langtidssykmeldte er tilbake i yrkesaktivitet”.

I budsjettinnstillingene for 2006 og 2007 ber komiteen departementet sørge for at Helse Sør setter av midler slik at Rauland kan bli et nasjonalt kompetansesenter (B innst.S.nr.11.2005-2006). I dette ligger at komiteen betrakter Attføringscenteret i Rauland som en del av Helse Sør sitt ansvarsområde (B innst.S.nr.11.2006-2007)

Denne korte historikken forteller flere ting. Initiativet til opprettelsen av kompetansesenteret kommer fra Attføringscenteret i Rauland. Stortinget bruker begrepene yrkesrettet rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering om hverandre, uten å gi det noe spesifikt faglig innhold; Stortingets ønske er å dekke et behov for helhetlige tjenester for sykmeldte, og de ønsker en spredning av den tenkning/metodikk som gjør dette mulig. Det var for øvrig ikke enighet i komiteen om at Attføringscenteret i Rauland alene besatt denne kompetansen. Senterpartiets komitémedlem viser ved gjentatte anledninger til Hernes institutt og til ”Hernesmodellen” og ønsker at dette instituttet også skal bli nasjonalt kompetansesenter.

Nasjonalt kompetansesenter på arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR)<sup>2</sup> bygger på en nettverksmodell, der hovednettverket består av 10 institusjoner i spesialisthelsetjenesten - foruten ”noden” i nettverket, Attføringscenteret i Rauland AS - med avtale med RHF om å gi et tilbud i arbeidsrettet rehabilitering. Fem av disse har inngått ”partnerskapsavtale” med aksjeselskapet AiR, og inngår i den såkalte kjernegruppa. Dette handler om Valnesfjord helsesportsenter (Helse Nord), Muritunet AS (Helse Midt), Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter (Helse Vest), Rehabiliteringssenteret Hokksund Kurbad AS (Helse Sør), Hernes institutt (Helse Øst), dvs. en institusjon i hver helseregion. Andre medlemmer i nettverket er Bakke senter for mestring og rehabilitering AS (Helse Øst), Krokeidesenteret (Helse Vest), Rehabiliteringssenteret Nord-Norges kurbad AS (Helse Nord), Røros rehabiliteringssenter AS (Helse Midt) og Stiftelsen Catosenteret (Helse Øst). Ønsket er å utvikle institusjonene i kjernegruppa til regionale ”ressursentra” for arbeidsrettet rehabilitering, som så kan bidra til regionale formidlingsoppgaver.

Det overordede målet med kompetansesenteret er å ”bedre det faglige fundament for feltet arbeidsretta rehabilitering” (forskning); ”utvikle arbeidsmåte og innhold i en nasjonal arbeidsretta rehabiliteringsmodell”(dokumentasjon og utvikling); og ”øke omfanget og kvalitetssikre formidling av arbeidsmåte og innhold i arbeidsrette rehabilitering” (formidling). Det såkalte ”fagrådet” spiller en viktig rolle i dette arbeidet. De møtes

---

<sup>2</sup> Den følgende fremstillingen bygger på følgende dokumenter: AiR- et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering – en nettverksmodell, Attføringscenteret i Rauland AS, juli 2005; AiR- et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering – en nettverksmodell, Attføringscenteret i Rauland AS, november 2006; Hva er arbeidsrettet rehabilitering (Powerpoint-presentasjon), overlege Liv Haugli (Air) (udatert); Årsplan 2007; Dale, Toril, Haugli, Liv; Opplæringsprogram for nye ARR-institusjoner. Prosjektnr 10, 2007.



månedlig, ”består av oppnevnte fagpersoner, foreslått av rådet, men oppnevnt av kompetansesenteret”, og skal bistå nettverket med fagutviklingsoppgaver. Videre har man utviklet noe man kaller ARR-møteplassen, som er en nettverksbasert møteplass for samtlige 11 institusjonene i hovednettverket.

Et mål er å utvikle faglige kriterier for arbeidsrettet rehabilitering med basis i anerkjente faglige standarder, og å utvikle feltet til et eget virksomhetsområde. Man ønsker i samarbeidet med fagrådet i ARR-nettverket, evt kvalitetsutvalget i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (NFFR) og/eller fagutvalget i Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf), ”å utarbeide kravspesifikasjoner og kvalitetsindikatorer innen fagfeltet”, for å legge faglige kriterier til grunn for avgrensingene av nettverket dvs. hvem som skal få lov til å delta i det, og evt. på sikt godkjenne eller sertifisere institusjoner.

Hva er så arbeidsrettet rehabilitering ifølge AiR<sup>3</sup>?

AiR har definert arbeidsrettet rehabilitering slik:

”Tidsavgrensete, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel og *deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål*, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og *deltakelse i arbeidslivet*”. Definisjonen er i tråd med definisjonen av rehabilitering gitt i St.melding 21 1998-99, med en presisering at målet er deltakelse i arbeidslivet.

ARR defineres som et eget fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten, hvor det må ligge en kunnskapsbasert, medisinsk faglig rehabiliteringskompetanse i bunn. Fokuset er imidlertid på tverrfaglighet. Derfor blir veiledningskompetanse, arbeidslivs-/atførringskompetanse og samhandlingskompetanse også vektlagt. Fokuset er heller ikke på diagnoser og begrensninger som ofte er vanlig innenfor spesialisthelsetjenesten, men på funksjonsevne og ressurser. ARR er videre et institusjonsbasert tilbud, som krever overnatting, men som må foregå i et nært samarbeid med lokale aktører. Dette innebærer hvis jeg forstår det rett, at ARR i strengere forstand ikke kan foregå utenfor spesialisthelsetjenesten dvs uten at det foreligger medisinsk spesialistkompetanse. Den kan heller ikke foregå poliklinisk.

En integrert del av AiRs forståelse av institusjonsbasert ARR som fagfelt, er forståelsen av hvem ”som er de riktige brukerne av et arbeidsretta rehabiliteringstilbud”. Med grunnlag i

---

<sup>3</sup> Prosjektleder og prosjektansvarlig for ARR ved AiR hevder, ved gjennomlesning av denne fremstillingen, at definisjonen av arbeidsrettet rehabilitering er nettverkets og fagrådets definisjon, og ikke AiRs alene. Siden fagrådet er foreslått/oppnevnt av AiR; og nettverk per definisjon er en løst koplet organisasjonsform som åpner for ulike forståelser av hva arbeidsrettet rehabilitering er for noe, har jeg likevel valgt å tilskrive definisjonen AiR. Blant annet argumenterer Hernes institutt for at arbeidsrettet rehabilitering med fordel kan knyttes brukergrupper som står nærmere uføretrygd, har mindre motivasjon og større problemer enn det AiR gjør seg til talspersoner for.

verdens helseorganisasjons ICF-system, kobler de ulike funksjonsvariable (miljøfaktorer, individuelle faktorer, deltakelsesdimensjonen, generell funksjon på individnivå, kroppsnær funksjon, helsetilstand) til kategoriene ”for lett/utenom målgruppe”, ”egnet ”og ”for dårlig/utenom målgruppe”, og kommer med bakgrunn i denne inndelingen frem til at det er mest erfaring for at ARR hjelper best ”langtidssykmeldte personer med kroniske muskel- og skjelettplager, og personer med lettere psykiske lidelser hvor det lokale hjelpeapparat ikke har vært nok”. Motivasjon for et opphold i rehabiliteringsinstitusjon beskrives som viktig, og ”motivasjon for deltagelse i arbeidsliv” beskrives som ”en forutsetning for opphold”. Personen skal videre være godt medisinsk utredet i forkant av oppholdet og for å sikre god samhandling og oppfølging etter oppholdet skal det også være utarbeidet en yrkesmessig plan før innkomst.

Grupper som det er ”sterk” eller ”relativ sterk kontraindikasjon” for, mao som er lite egnet for ARR, er blant annet personer som er ”uførepensjonert”; ”som har liggende søknad om uførepensjon i trygdesystemet”; som det er stor ”usikkerhet om jobbmuligheter etter opphold”; som har en ”plan bruker/lokalt apparat har vært uenige i”; eller ”hvor Aetat ikke er synliggjort”; som er ”konstant sengeliggende over tid”; ”helt avhengig av hjelp i ADL”; har ”uttalt cognitiv svikt”; ”alvorlig redusert funksjon hjerte-/lunge”, trenger ”opptrening etter operasjon”; ”opptrening etter skade”; eller har ”rusproblematikk”.

Klare inntakskriterier kan både sikre et fokus på ”optimale brukere”, og ”forutsigbarhet i tilbudene” på tvers av de ulike institusjonene som arbeider med metodikken. Et annet aspekt ved fokuset på inntakskriterier, er at ”kravene til det lokale apparat må synliggjøres i inntakskriteriene”: ”Dersom en rehabiliteringsinstitusjon ikke er villig til å stille krav til det lokale apparat vil all kapasitet raskt fylles opp med saker som skulle vært løst lokalt”.

Slik ønsker AiR å utvikle en faglig- metodisk tenkning som stiller krav til omgivelsene, enten de er bestillere eller institusjoner som ønsker å arbeide med arbeidsrettet rehabilitering. I forhold til bestillerne handler det om at ARR institusjonene skal motta personer der det lokale hjelpeapparat (arbeidsgiver, BHT, 1. linje og 2. linje tjenesten, NAV oa) ikke har nådd målet med tilbakeføring til arbeidslivet. I forhold til opptreningsinstitusjonene stiller de krav om at de skal ha avtale med helseforetakene, m.a.o. være en del av spesialisthelsetjenesten. Ønsket synes å være å utvikle et godkjenningssystem, hvor institusjoner sertifiseres som ARR-institusjoner, og at dette godkjenningssystemet knyttes til fagrådet eller medisinske godkjenningsorganer, men i siste omgang til AID eller HOD.

AiR har i møter med opptreningsinstitusjonenes uttrykt skepsis knyttet til deres mulighet til å omstille seg til å arbeide med ARR, og hvorvidt de selv kunne spille i dette arbeidet<sup>4</sup>. De viste blant annet til de utfordringer institusjoner som allerede var en del av ARR-nettverket hadde knyttet til å overleve som ARR-institusjon, at det er krevende for en

---

<sup>4</sup> NK – ARR (AiR) ble tidlig i prosjektperioden (juni 2006) kontaktet av SH-dir, med forespørsel om muligheter for å bidra med kompetanse opptreningsinstitusjonenes omstilling til arbeidsrette rehabilitering.

organisasjon som tradisjonelt har hatt et fokus på opptrening etter skade eller operasjon, å flytte fokus til funksjonsevne og arbeidsdeltakelse. NK-ARR (AiR) stiller krav til deltakelse i nettverket om at institusjonene skal ha avtale med RHF om ARR program, en avgrensning som for tiden vurderes i lys av de institusjoner som nå inngår avtale med NAV-systemet. Samtidig har AiR etter hvert nedlagt et betydelig arbeid i å kartlegge opplæringsbehovene for de fire opptreningsinstitusjonene, og samtlige institusjoner har deltatt på en ukes hospiteringsopphold ved institusjonen.

Slik ser vi en forståelse av arbeidsrettet rehabilitering som ligger et stykke vekk fra den tilbudsfokuserte tilnærmingen Helse Sør skisserer. I stedet ser vi en forståelse av ARR som et samfunnsmedisinsk ledet fag- og virksomhetsområde med vekt på institusjonsbasert, tverrfaglig teamarbeid, og hvor en klar rolle- og ansvarsdeling i forhold til omgivelsene ligger som premiss. Videre avgrenses målgruppen for ARR-Senteret til i hovedsak å gjelde langtidssykemeldte personer med kroniske muskel- og skjelettplager og personer med lettere psykiske lidelser, som er motivert for rehabilitering for å komme tilbake i arbeid igjen. I tillegg bør de være ferdig medisinsk utredet og det må foreligge en yrkesmessig plan for oppholdet. Dette er en forståelse som avgrenser og tydeliggjør og som stiller krav til den enkelte og til bestillerapparatet.

Spørsmålet er selvfølgelig om AiR mener at ARR er bortkastet på andre grupper enn den de selv beskriver som å være i målgruppen? M.a.o. om de kan forestille seg andre varianter av ARR som for eksempel foregår poliklinisk; med basis i andre former for kompetanse; i forhold til andre grupper; mindre motiverte personer; eller i forhold til personer hvor kravene til samarbeidspartnerne ikke er oppfylt? I dag synes dette ikke å være tilfelle. Samtidig er det grunn til å tro at AiRs bruk av ARR etter hvert vil tilpasses og tydeliggjøres i forhold alternative forståelser. Skulle imidlertid AiR lykkes i å nå frem med sin definisjon av ARR som en institusjonsbasert tjeneste knyttet til spesialisthelsetjenesten, og hvor de som har anledning til å levere tjenesten sertifiseres i henhold til en internt utviklet, men eksternt sanksjonert faglig standard, vil dette uten tvil styrke de faglige og kommersielle interessene som oppbeærer en slik forståelse.

#### 4.3.4 Oppsummering

Stortinget ønsket at opptreningsinstitusjonene som mistet avtale med helseforetakene skulle omstille seg blant annet til arbeidsrettet rehabilitering. Det ble understreket at formålet med tilskuddet skulle være et annet enn det som lå til grunn for anbudsprosessene, hvor det ble hevdet at fokus i særlig grad var på medisinsk orientert rehabilitering.

Disse signalene overensstemmer på mange måter godt med den forståelsen RHF-ene synes å ha av rehabilitering med arbeid som mål, og som ikke krever egne spesialistbaserte institusjonsbaserte tilbud eller er et eget faglig område eller virksomhetsfelt. I stedet er det et perspektiv som bør gjennomsyre all rehabilitering for mennesker i yrkesaktiv alder. Hvordan dette skal foregå i praksis er det gjort lite arbeid på.

Samtidig opererer RHF-ene også med arbeidsrettet rehabilitering som spesialisthelsetjeneste, dels som et institusjonsbasert tilbud og dels som et poliklinisk tilbud som burde kunne leveres via lærings- og mestringssentraene. Ikke i noen av de underliggende rapporter om rehabiliteringsbehov i regionene er det imidlertid gjort egne gjennomganger og avklaringer av behov og innhold i arbeidsrettet rehabilitering.

Helse Øst varsler at de vil kunne fortsette å kjøpe slike institusjonsbaserte tjenester, også av opptreningsinstitusjonene, dersom de defineres som spesialisthelsetjeneste i forhold til grupper med ”en tydelig helserettet profil”, noe som er såpass omfattende at rehabiliteringen ikke kan skje i nærmiljøet. Eventuelle utførere vil måtte dokumentere at de har en tilstrekkelig god helsefaglig kompetanse til å kunne ivareta disse hensynene. I tillegg etterlyses en klarerer prioritering av arbeidsrettet rehabilitering i RHF-enes styringsdokumenter.

Helse Sør kjøper også slike tjenester, og ser ikke for seg en utvidelse i forhold til de plasser de allerede kjøper. Samtidig synes foretakets representant i referansegruppa for omstillingsprosjektet å være i tvil om det er faglig nødvendig og økonomisk realistisk, å tilby alle personer med sammensatte problemer, muskel- og skjellettlidelser og lettere psykiske problemer lidelser institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering. Dette kan tyde på at Helse Sør også ser for seg andre former for arbeidsrettede rehabiliteringsinnsatser, enn den institusjonsbaserte.

Når det gjelder polikliniske tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten knyttet til læring og mestring, synes arbeidsrettet rehabilitering primært å peke i retning av samhandling og dialog med andre deler av hjelpeapparatet som NAV og kommunene. Helse Sør har her tatt konkrete initiativ knyttet til utvikling av modeller for slik samhandling, selv om de ennå har kommet kort.

Det eneste fagmiljøet på arbeidsrettet rehabilitering - AiR - hvor omstillingsinstitusjonene har søkt råd og veiledning, er en del av spesialisthelsetjenesten, og definerer institusjonsbasert ARR nettopp som det. I den grad det finnes en definisjon av arbeidsrettet rehabilitering som spesialisthelsetjeneste, er det dette miljøet som gir den.

Deres anbefalinger til opptreningsinstitusjonene er også entydige: De må utvikle en kompetanse som svarer til spesialisthelsetjenestens krav til bemanning og kompetanse. Videre fremheves det at det er evidens for at ARR i hovedsak passer best til personer med muskel- og skjellettlidelser, og lettere psykiske lidelser, som er motivert for å vende tilbake til arbeid, og hvor oppholdet på institusjonen sees som en del av en større plan som allerede er lagt, før de får innvilget plass.

Definisjonen av arbeidsrettet rehabilitering og spesialisthelsetjenestens plass i forhold til kommunene og NAV – i den grad den kan sies å være en – synes primært å være utviklet innenfor spesialisthelsetjenesten selv. Dette innebærer at forståelsen ennå er utviklet løsrevet fra arbeids-, velferds og sosialsystemet. I tillegg har man ennå i liten grad

samhandlingserfaringer med NAV-systemet. Slike erfaringer kunne bidra til å avklare hvorvidt deres faglige forståelser, behovsforståelser og forståelser av oppgave- og ansvarsdelingene stemmer overens med for eksempel NAV-systemets forståelser.

Det kjøpes imidlertid institusjonsbaserte plasser i arbeidsrettet rehabilitering, og begge foretak synes klar på at de ønsker å fortsette å gjøre dette, hvis behovene for slike tjenester er klart helserettede og det trengs spesialisthelsetjenestekompetanse. Institusjonene som skal levere slike tjenester må imidlertid ha en tilstrekkelig helsefaglig kompetanse for at slike kjøp skal bli aktuelt.

Samlet sett kan dette tyde på at RHF-ene har kommet relativt kort når det gjelder å utmeisle sin forståelse av arbeidsrettet rehabilitering, og i den grad det er snakk om å kjøpe slike institusjonsbaserte tjenester så vil det være AiRs forståelse av arbeidsrettet rehabilitering som ligger til grunn.

#### 4.4 Den nye arbeids- og velferdsforvaltningen

Det er vanskelig å si hvordan NAV-systemet vil forholde seg til arbeidsrettet rehabilitering, gitt at reformen nettopp har startet, og den skal implementeres over en fireårsperiode (frem til 2010). Selv om hensynet til personer med helserelaterte lidelser sto sentralt i begrunnelsen for reformen, og følgelig pekte mot et samordningsbehov vis a vis helsetjenestene, er det imidlertid arbeids- og trygdeetaten som har fusjonert, og med et særlig fokus på den kommunale sosialtjenesten. Dette kommer antakeligvis til å prege oppmerksomheten og fokus til etatens ansatte i tiden fremover.

Generelt har særlig den tradisjonelle Aetat hatt en sterk skepsis til den medikaliseringen som de hevder har kjennetegnet den tradisjonelle medisinske tilnærmingen til rehabilitering i Norge. Ikke minst gjelder det de gamle institusjonsbaserte tilbudene, som har vært knyttet til de gamle attføringsinstitusjonene. Det arbeidsrettede fokuset hevdes her å ha vært lite, til fordel for en diagnostiserende og rettighetsorientert tilnærming. Fokuset er i dag i større grad på det de kaller aktørorientering og på individenes ansvar for eget liv. Diagnoser bør i større grad erstattes av det de kaller arbeidsevnevurderinger, som går på evne til å utføre arbeid primært relatert til arbeidsmarkedet og den enkelte arbeidsplass. Innenfor helsevesenet snakkes det i større grad om funksjonsevne, noe som i NAVs terminologi i større grad knyttes til bredere deltakelses- og sosiale inkluderingsmål, hvor også sosiale nettverk, familie fritid mv inngår.

Samtidig synes etaten på en annen måte enn før å understreke at fokuset på virksomheten både er å gi bistand til personer som står i fare for å støtes ut av arbeidslivet (forebygging), til personer som trenger bistand for å komme inn i arbeidslivet (inkludering), samt bistand til personer utenfor arbeidslivet (aktivisering). Videre synes det å være et helt annet fokus på "personer med sammensatte behov og med stort samhandlingsbehov" og på å utvikle arbeidsprosesser som understøtter dette. Begge disse hensynene synes å åpne opp for at helserelaterte problemstillinger kommer høyere på banen.

Arbeidsrettet rehabilitering er ikke et begrep som er innarbeidet i NAV-systemet, før den aller siste tiden. Man har snakket om attføring, og i økende grad om ulike former for arbeidsrettede aktiviteter, men med den nye forskriften ”om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging for sykmeldte arbeidstakere” fra 2007 har dette endret seg. Definisjonen er utviklet til bruk i kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Arbeidsrettet rehabilitering defineres her som ”arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet”, men også som ”generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring eller en kombinasjon av disse elementene”. Tjenestene skal ha et begrenset omfang, mestringsaktiviteter og fysisk aktivitet kan inngå, men krever ikke ”formalisert helsefaglig kompetanse”. Ikke minst understreker etaten behov for ”rask og hyppig oppfølging”, basert på gode behovsavklaringer.

Etaten synes å ønske og å legge til rette for relativt omfattende kjøp av tjenester fra eksterne leverandører, noe som krever en kompetanse som etaten enten ikke kan eller skal ha, eller som det kan være uhensiktsmessig å opprettholde. Eksempler på tjenester de ønsker å kjøpe er tiltak som kan øke arbeidsevnen (behandling, arbeidstrening, kvalifisering), utnytte arbeidsevnen (sysselsetting), enkeltoppdrag (legeerklæringer), samt varige leveranser rettet mot bestemte grupper (varig skjermet sysselsetting).

Mens ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester rettes mot kortvarige intervensjoner i forhold til sykemeldte, kan tilbakemeldinger fra lokale NAV-kontor i forhold til opptreningsinstitusjonene tyde på at de har andre bistandsbehov, særlig overfor brukere som har vært i systemet i lang tid uten avklaringer eller tiltak. ”Vi sitter med mange mennesker vi trenger hjelp til, hver saksbehandler har opp til 130 søkere. Vi trenger tilbud og institusjoner som kan tilby oss skreddersøm uten returrett”, som ”kan være fleksible og takle det uforutsette”. Videre trenger vi ”skikkelige rapporter”, og ”hvis personen ikke har restarbeidsevne, så trenger vi noen som kan skrive dette”. Denne beskrivelsen passer også, som vi skal se, med rapportene fra opptreningsinstitusjonene som forteller om brukere med større problemer enn det tilbudet i utgangspunktet var utviklet for, og med tilbakemeldinger fra NAV-direktorat.

Sett i relasjon til opptreningsinstitusjonene innebærer dette at kjøp av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester vil stå sentralt i tiden fremover, men at disse vil være kortvarige, og ikke basert på institusjonsopphold. Det er også grunn til å tro at de ikke vil trenge spesialisthelsetjenestekompetanse for å kunne levere tjenester til NAV, og at de vurderingene og rapportene som skal skrives vil ha større innretning mot arbeidsevne- og funksjonsvurderinger enn mot medisinske problem.

Når det gjelder relasjonen til helsekomponenten i arbeidsrettet rehabilitering, får NAV ennå lite hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I stedet dominerer spørsmål som aktualiserer diskusjonen om rolle- og ansvarsdragninger: Trengs det spesialisthelsetjenestekompetanse for å løse personens problemer? Har problemene en klar helsemessig komponent? Er

arbeidsrettet rehabilitering et styringsmål departementet ønsker at RHF-ene skal forholde seg til? Kort sagt til spørsmålet er arbeidsrettet rehabilitering en spesialisthelsetjeneste. Arbeidet med felles avklaringer knyttet til brukere med sammensatte problemers behov for helhetlige tjenester i grenselandet mellom arbeid og helse, synes ennå å ha kommet kort.

#### 4.5 Avsluttende drøftelse

Drøftelsen viser hvilken kompleksitet og mangel på presise definisjoner som begrepet om "arbeidsrettet rehabilitering" er involvert i, noe som gjennomsyrrer forståelsene helt fra det politiske nivået (fra stortingskorridorene), via de store forvaltnings- og kunnskaps-systemene, helt ned til den enkelte lokale institusjon.

Utgangspunktet synes greit, nemlig at svært mange av de som i dag er i yrkesaktiv alder, og står utenfor arbeidslivet eller er på vei til å falle ut av det har sammensatte problemer med en til dels klar helsekomponent. En helhetlig og brukerrettet innsats ovenfor disse gruppene krever følgelig at trygd, arbeid, helse og sosiale forhold sees i sammenheng. Denne sammenhengende innsatsen kan vi kalle "arbeidsrettet rehabilitering". Men dermed er det også slutt på det som er greit.

Historisk sett har arbeid, trygd og helse vært atskilte institusjonelle, organisatoriske og faglige områder siden sekstitallet. Det er imidlertid ikke bare disse områdene som har vært atskilt, også innenfor hvert av områdene har økende grad av vertikal og horisontal spesialisering og differensiering, skapt samordnings- og samhandlingsproblemer. Både helseforetaksreformen og NAV-reformen kan forstås som svar på noen av disse problemene. Oppmerksomheten har imidlertid – naturlig nok, med tanke på at helseforetaksreformen bare er noen år gammel, mens NAV-reformen ennå ikke er fullt ut implementert – i liten grad vært rettet mot samordningen mellom disse systemene, og mot arbeidsrettet rehabilitering.

Det er slik sett grunnleggende spørsmål opptreningsinstitusjonene har måttet forholde seg til når de skulle omstille seg til arbeidsrettet rehabilitering.

Hva er arbeidsrettet rehabilitering? Er det et eget fag eller virksomhetsområde? Er det et politisk satsingsfelt? Er det et sektoransvar eller et felles ansvar? Hvem har det overordnede ansvaret for denne faglige og/eller politiske satsingen – er det Helse- og omsorgsdepartementet med ansvar for RHF-ene eller er det Arbeids- og inkluderingsdepartementet med ansvar for NAV? Er arbeidsrettet rehabilitering en spesialisthelsetjeneste som krever høy helsefaglig kompetanse og institusjonsbaserte tilbud? Eller er det en tjeneste som krever pedagogisk kompetanse, polikliniske mestringsbaserte tilbud og utstrakt samhandling med blant annet NAV-systemet? Eller er det begge deler? Er det en tjeneste som NAV selv best utfører og hvor de kjøper inn helsetjenester etter behov, og uten ytterligere behov for samhandling med helsetjenesten? Og hva når AiD bevilger penger til Hysnes helsefort som skal drive arbeidsrettet rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten? Er arbeidsrettet rehabilitering en tjeneste som skal kjøpes fra

private aktører, og hvor alle private aktører deltar på like vilkår, eller er arbeidsrettet rehabilitering en tjeneste noen private aktører kan levere uten å være del av anbuds-systemet? Er arbeidsrettet rehabilitering et kunnskapsbasert tilbud primært til sykmeldte som er ferdig medisinsk utredet og motiverte for å komme tilbake til arbeid, eller er arbeidsrettet rehabilitering også et tilbud til folk som nettopp mangler motivasjon, som ikke får noen medisinsk avklaring, og som har lange og gjentatte sykefravær eller rett og slett har vært uten arbeidstilknytning i lengre tid?

Det er denne kompleksiteten opptreningsinstitusjonene gjennom omstillingsmidlene har blitt bedt om å forholde seg til, og finne sin plass i. Kort sagt en situasjon hvor ”felles planverk, felles kompetanseutvikling og begrepsbruk og samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid”, som regjeringen etterlyser i Arbeids, velferds- og inkluderingsmeldinga (St.meld, nr 9 2006-2007) er fraværende eller er kommet kort, dvs en situasjon hvor det mangler en nasjonal, enn si regional infrastruktur for produksjon av disse tjenestene.

Opptreningsinstitusjonenes situasjon ville selvfølgelig vært enklere hvis det når de startet omstillingsprosessen fantes et system for kjøp av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester. Det var imidlertid ikke på plass, før nesten halvannet år etter at omstillingsmidlene var bevilget (første anbudsrunde via NAV-systemet hadde frist 4. mai d.å.), og da som tilbud forbeholdt sykemeldte.



# 5

## De fire omstillingsinstitusjonene

Gjennomgangen av omstillingsvirksomheten i fire rehabiliteringsinstitusjoner må sees i lys av innrammingen i foregående kapittel. Omstillingene har vært krevende og institusjonene har opplevd en kombinasjon av å famle i blinde; å være speidere i ukjent terreng og være utsatt for rene overlevelseshøvelser. Forutsigbarhet er et begrep som ikke beskriver deres opplevelse.

På tross av at den følgende gjennomgangen er relativt detaljert hevder jeg at vel så mye som at disse kapitlene evaluerer institusjonene og deres arbeid, så evaluerer de hva som skjer med institusjoner og mennesker når de får i oppgave å posisjonere seg i et marked for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester som ennå ikke er utviklet.

Jeg tar for meg omstillingsarbeidet i hver enkelt institusjon og beskriver hvordan de ansatte har blitt mobilisert i omstillingsarbeidet, hva slags tilbud de har utviklet, og hvordan dette forholder seg til behovene hos de lokale samarbeidsaktørene de har forholdt seg til, og jeg ser på den markedsføringsstrategien de har valgt. Deretter gir jeg en kortfattet vurdering av det arbeidet de har gjort. Avslutningsvis trekker jeg frem noen likheter og ulikheter mellom de ulike institusjonenes tilpasninger, og som kan ha mer allmenn interesse.

Aller først vil jeg imidlertid beskrive den felles opplevelsen av vilkårlig behandling og av at anbudssystemet manglet transparens i forbindelse med kontraktsforhandlingene med helseforetakene, noe som resulterte i at de mistet sine avtaler. Jeg har ikke forutsetninger for å vurdere riktigheten av disse analysene. Denne opplevelsen danner imidlertid utgangspunktet for den omstillingsprosessen institusjonene skulle inn i, og er viktig fordi den kan kaste lys over de strategiske valgene institusjonene har gjort, og måten prosessene har vært gjennomført på. På et generelt grunnlag fremheves det imidlertid at det å bygge opp bestiller- og utførerkompetanse, for institusjoner som tidligere har arbeidet etter andre retningslinjer, er en krevende og langvarig prosess (NOU 2003:1).

### 5.1 Legitimitet og avtalebortfall

En felles bakgrunn for alle institusjonene som mistet avtaler med RHF-ene var en opplevelse av å ha blitt utsatt for en vilkårlig behandling og at anbudssystemet manglet transparens<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Det sier seg selv at RHF-ene ikke vil dele mange av disse vurderingene. Jeg har imidlertid valgt å gjengi institusjonenes opplevelse uten å redegjøre for RHF-enes vurderinger. Poenget i dette avsnittet er imidlertid ikke å si at institusjonens vurderinger er riktige eller ikke, men hvordan deres opplevelse preget deres videre omstillingsarbeid. Seinere i kapittelet har jeg enkelte steder likevel valgt å redegjøre for RHF-enes syn på institusjonens vurderinger.

Institusjonene reiste spørsmål om foretakenes bestillingskompetanse, og trakk i tvil om "foretakene vet hva de skal kjøpe, hvor mye de skal kjøpe og hvor mye penger de hadde til rådighet". De reiste spørsmål om kriteriene som ligger til grunn for rangeringen pris (ytelse/pris), kvalitet (faglig bemanning, effektmål, metoder og resultat, fasiliteter/utstyr, forskning), tilgjengelighet og leveringssikkerhet. De reiste spørsmål om rangeringen av dem (for eksempel at smerter i muskel/skjelett, livstilssykdommer og overvekt får mindre poeng enn slag, komplisert kirurgisk rehabilitering, leddgikt og nevrologi og ukompliserte postoperative), og de reiste spørsmål om RHF-enes faktiske rangering av institusjonene følger de kriterier som var oppgitt å ligge til grunn. Det var en opplevelse av at RHF-ene har "bestemt seg på forhånd": "De stiller krav om kvalitet, og når institusjonene søker å tilpasse seg dette, har det likevel ingenting å si". Det var en opplevelse av at "trynefaktoren" i siste instans er det som avgjør, og at anbudssystemet følgelig var et spill for galleriet.

Denne opplevelsen ble kombinert med kunnskap om den betydelige politiske uenigheten som eksisterte knyttet til overføringen av ansvaret for finansieringen av opptreningsinstitusjonene til RHF-ene, noe som ytterligere bidro til å svekke RHF-enes legitimitet i institusjonens øyne. I tillegg kom at sosialkomiteens medlemmer ved flere anledninger mente at behovet for rehabiliteringsplasser var større enn dekningen, og at det følgelig ikke kunne være samfunnsmessig fornuftig å legge ned institusjoner som kunne bidra til å dekke dette behovet. Politikerne kunne dermed tolkes som om de trakk RHF-enes avgjørelse i tvil.

Samlet sett bidro dette til at institusjonene måtte spørre seg selv hvilken strategi de skulle velge: Skulle de søke å omstøte beslutningene ved å gå til sak; skulle man mobilisere politisk og folkelig støtte for via politisk vei å "tvinge" RHF-ene til å endre politikk; eller skulle man benytte omstillingsmidlene til å "gå i seg selv" og søke å posisjonere seg på nytt i forhold til neste anbudsrunde med RHF-ene, eller i forhold til andre og nye kjøpere?

GHR gikk til sak mot Helse Øst for å få begrunnelse for bortfallet av avtale og å få innsyn i anbudsdokumentene, og mente de kunne dokumentere at de saklig sett var bedre kvalifisert enn andre aktører som fikk anbud. De argumenterer for at dette var en riktig strategi og det "tvang Helse Øst tilbake til en forhandlingsposisjon i forhold til Godthaab", skaffet dem bedre kompetanse om anbudssystemet og bidro forhåpentligvis til å styrke bestillerkompetansen i Helse Øst. Samtidig har strategien ifølge dem selv hatt en høy pris, utover kostnadene til selve rettsaken. De hevder at saken førte til "frykt mellom aktørene i markedet og Godthaab – som av mange ble oppfattet `utstøtt i markedet` av Helse Øst". Dette problemet har imidlertid blitt betydelig redusert etter at institusjonen igjen har fått avtale.

Både Godthaab rehabiliteringssenter og Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter har på ulike måter forfulgt det politiske sporet, ikke minst ved utstrakt kontakt med representanter for ulike politiske partier og samtlige medlemmer i Helse- og sosialkomiteen, men også gjennom kontakt med lokale folkevalgte og gjennom folkelig mobilisering. Om

og på hvilken måte disse kontaktene har virket, vet jeg ikke. Det er imidlertid en realitet at begge institusjoner etter bortfall av avtale fikk en mindre, midlertidig avtale, initiert av Helse Øst, ”for” med Helse Østs egne ord ”å bidra til at de to institusjonene skulle kunne klare omstillingen og være i posisjon for anskaffelse fra 2007, samtidig som det skulle bidra til å løse utfordringene for Sykehuset Asker og Bærum”. Dette bidro til å sikre institusjonens videre finansiering. (At dette i så fall samtidig kan forstås som politisk undergraving av anbudssystemet, får i denne sammenheng ligge).

De to første strategiene er av en institusjon karakterisert som å være ”ute og slåss”. Strategien kan i beste fall føre til endrede politiske betingelser, fornyede avtaler og et mer transparent anbudsregime, og dermed fungere som ”plog” for de andre institusjonene. I verste fall kan den føre til at man oppleves som lite lydhør og endringsvillig, og at nødvendige omstillinger internt vanskeliggjøres eller stilles i bero. Begge institusjoner fikk midlertidige avtaler med Helse Øst i 2006 og har fått fornyet kontrakt med Helse Øst fra 2007. Dette innebærer at begge institusjoner i tillegg til å være engasjert i omstillingsprosjektene, også har ivaretatt ”tradisjonell” spesialisthelsetjenesterehabilitering på vegne av Helse Øst.

Frydenberg rehabiliteringssenter vurderte å gå til sak, men hadde ikke de ressurser som krevdes. Institusjonen synes også å mangle det nasjonale og lokale politiske nettverket, og den brede befolkningmessige støtten de to andre institusjonene synes å ha tilgang til. For Frydenberg har omstilling derfor vært eneste strategi og hele kollegiet har deltatt i omstillingsarbeidet. For Fron rehabiliteringssenter var det å gå til sak uaktuelt. I tillegg har prosjektet på Fron rehabiliteringssenter i mindre grad vært å omstille seg, enn å utvikle en ny institusjon. Blant befolkningen var tilbudet deres således ukjent, selv om kommunenes ordfører har vært en aktiv medspiller i utviklingen av prosjektet.

## 5.2 Stiftelsen Godthaab Helse og Rehabilitering

GHR drives og eies av Stiftelsen Godthaab, og er beliggende i Bærum kommune, Akershus fylke. Senteret har gjort omfattende ombygninger og nybygninger - blant annet nytt varmtvannsbasseng - og fremstår i dag med meget god standard og tilgjengelighet. De beskriver seg med egne ord som ”gjeldfrie, med et godt rykte, noen aktive fiender og med gode tilbakemeldinger fra pasientene”.

GHR fikk ikke fornyet sin avtale med RHF Øst for 2006. Omtrent parallelt med oppstart av omstillingsprosjektet, fikk Godthaab rehabiliteringssenter – i likhet med Sjømennenes Helseheim – en midlertidig samarbeidsavtale om mottak av seks-åtte pasienter fra Sykehuset Asker og Bærum gjennom Helse Asker og Bærum. Den økonomiske rammen var ca 3 millioner i omstillingsmidler fra HØ RHF, ifølge Godthaap, som ”en form for kompensasjon for avtalebortfallet”. Avtalen var initiert av Helse Øst RHF. Godthaab rehabiliteringssenter var med på ny anbudsrunde med RHF Øst for 2007. For 1. kvartal fikk de avtale for 29 sengeplasser pluss åtte dagplasser knyttet til blant annet kreftopererte,

bukopererte og nevrologi. I anbudsrunden med avtaletidspunkt f.o.m.1.4.07, fikk de avtale om leveranse av rehabilitering for 39 plasser for 2007 og 46 f.o.m. 1.1.08.

Senteret har lange tradisjoner innen tradisjonell helsemessig opptrening og rehabilitering, og har en betydelig befolkningsmessig støtte i sitt nærrområde. Det har vært avholdt flere folkemøter for å sikre institusjonens videre eksistens, bl.a. et stort møte i Sandvika 31.01.06 med ca 500 deltakere. Senteret har en aktiv venneforening og betydelige politiske kontakter på lokalt og nasjonalt nivå som har vært brukt aktivt for å påvirke politiske beslutninger, og opplever selv at dette sørget for at RHF Øst endret sin innstilling vis av vis senteret. Lederen av institusjonen deltar også i styret for nettverket for private helsevirksomheter (NEPH).

Resultatet av anbudsprosessen førte til at senteret gikk til sak mot RHF Øst, da Godthaab rehabiliteringssenter opplevde at de ikke fikk en begrunnelse for avtalebortfallet og ikke innsyn i dokumentene iht lovverket. Senteret opplevde, etter flere runder i rettsapparatet og etter at de fikk rettslig kjennelse for innsyn i anbudsdokumentene, at de kunne dokumentere at de saklig sett var bedre kvalifisert enn flere av de institusjonene som fikk anbud<sup>6</sup>. Ifølge senteret førte rettsaken, og den publisiteten den ga, til at RHF Øst måtte endre sitt syn på Godthaab rehabiliteringssenter, og ”indirekte ble HØ tvunget tilbake til en forhandlingsposisjon i forhold til Godthaab”<sup>7</sup>.

Tap av anbudsprosessen førte til at senteret måtte si opp samtlige ansatte i slutten av 2005. De fleste fikk tilbud om nyansettelse februar 2006, etter at avtale om omstillingsmidler var inngått. Da hadde imidlertid over halvparten av de ansatte sluttet, deriblant mange av nøkkelpersonene ved institusjonen.

### 5.2.1 Omstillingsprosessen

”Man har holdt på i 100 år og så endres alt i løpet av noen måneder”.

Omstillingsprosessen beskrives som tøff. Mange av nøkkelpersonene sluttet og de har hatt oppsigelser helt frem til sommeren 2006. Senteret har således vært avhengig av å drive en betydelig nyrekruttering, samtidig som kompetansen og driften skulle legges om og man skulle gå over fra en fagorientert til en prosjektorientert arbeidsform hvor effektivitet også ble en tydeligere målsetting. Særlig har omstillingen representert en stor mental omstilling for helsepersonellet. Sykefraværet blant de gjenværende har vært lavt (4,3 %).

I dag beskriver senteret seg som å være i en reorienteringsfase, hvor hovedutfordringen er å skape en ”ny kultur som kan forene forskjellige grupper av ansatte i en felles forståelse av hvilke verdier en arbeider etter og hvilke mål en har for arbeidet”.

---

<sup>6</sup> Helse Øst opplyser ”at endelig beslutning i lagmannsretten ikke fant påvist at Helse Øst hadde gjort feil i de faglige vurderingene i forhold til oppsatte kriterier. Lagmannsretten konkluderte også med at Helse Øst RHF hadde gitt tilstrekkelig begrunnelse. Lagmannsretten opphevet således Tingrettens beslutning i denne saken”.

<sup>7</sup> Helse Øst opplyser ”at når utfallet ble slik ville de bidra til at Godthaap og Sjømennene fikk mulighet til å komme i anbudsposisjon for 2007”.

Senteret beskriver tre kulturer som alle dro i ulik retning, noe som også i perioder har ført til et behov for å finne syndebukker. De har det de kaller behandlingskulturen som ønsker en fortsatt spesialistorientering og et klart fokus på RHF Øst sine krav og ønsker. Det er økonomistyringskulturen som handler om ledelsens behov for å se på innsparings- og effektiviseringspotensialer og å orientere seg mot nye kundegrupper. Og det handler om den ”gamle” kulturen som ønsker seg tilbake til hvordan det var før. Senteret beskriver tenkningen rundt arbeidsrettet rehabilitering som forsøket på å utvikle et ”spisskompetanseområde som skal gi spinoff til det øvrige rehabiliteringsarbeidet”, og følgelig som en fjerde kultur. Det er samtidig grunn til å tro at utviklingen av dette tilbudet har vært dårligst integrert i de eksisterende kulturene på senteret.

Ledelsens fokus på økonomistyring og på potensielle kunders behov, har antakeligvis bidratt til at enkelte ansatte ikke ”føler seg sett eller hørt”, og at senteret uttrykker ”at de nok burde ha lagt mer vekt på å følge opp personalets usikkerhet i forhold til endringene enn hva man har maktet”.

Nyrekruttering og ansattes deltakelse i omstillingsprosjektene, særlig arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet, beskrives imidlertid som også å ha skapt ”muligheter for å tenke utvikling i et friere og bredere perspektiv enn tidligere”, og dermed ha styrket omstillingskompetansen ved senteret.

Selve søknadsprosessen beskrives som et felles anliggende. Prosessen ble kjørt i grupper med skiftende sammensetninger. Hele personalgruppen ble mobilisert, og det ble også folk i styret, samarbeidsgrupper og venneforening. I tillegg ble det hyret inn en ekstern konsulent med omstillingsekspertise.

Senteret har syv yrkesgrupper med mer enn tre-årig helsefagutdanning representert; leger, sykepleiere, fysioterapeuter, treningsterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og sosionom/psykoterapeut. I tillegg kommer aktivtør og spesialutdannet kjøkkenpersonell. Helsefaglig leder er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Senteret leier videre inn spesialisttjenester etter behov.

Hele personalgruppen har i løpet av det siste året blitt gitt skolering i systemteori og kognitiv tilnærming. I tillegg har det vært intern opplæring knyttet til evalueringskompetanse, stomilære og evalueringsmetodikk.

Institusjonen arbeider for tiden med å bli ISO-sertifisert, og tar sikte på at dette skal skje før sommerferien 2007. Dette handler blant annet om å skape en kultur for avviksrapportering, noe som så langt har vist seg vanskelig.

### 6.2.2 Tilbudet

Senteret har utviklet tre tilbud, hvor et av dem handler om å utvikle ny kompetanse knyttet til arbeidsrettet rehabilitering (mestring og miljø, kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabilitering heretter mestringprosjektet), mens de to andre prosjektene i større grad kan

beskrives som prosjekter som søker å ta vare på og videreutvikle eksisterende kompetanse (Modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren for felles pasienter, heretter samhandlingsprosjektet, og Opplæring, rehabilitering og tilrettelegging for en optimal ressursbruk overfor Stomiopererte, heretter stomiprojektet).

### Samhandlingsprosjektet

Prosjektet beskrives som en videreføring av det såkalte Murigo-prosjektet som handlet om å øke funksjons- og mestringsevne hos pasientene og motivasjon for trening og annen egeninnsats. Som i Murigo-prosjektet er det lagt opp til en omfattende evaluering av tilbudet. Tilbudet varer i tre uker med muligheter for inntil tre ukers forlengelse.

Prosjektet er hovedsakelig et tilbud til eldre pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men ennå ikke kan klare seg selv hjemme alene. Prosjektet har utover selve rehabiliteringsoppholdet, bestått i å sørge for at sykehusene ikke henviser pasienter hvor det foreligger et pleiebehov utover det institusjonen kan gi, og å sørge for at hjemmetjenestene er kontaktet før pasienten sendes hjem (epikrise til innleggende instans, kommune og primærlege). Den nye elementet ved prosjektet ift tidligere rehabiliteringstilbud beskrives som å være "en systematisk registrering av pasientens funksjonsevne og egenvurdering, samt en oppfølging av oppholdet ved hjemmebesøk noen uker etter utskrivingen". Registreringen skjer både ved ankomst, avslutning av oppholdet og ved hjemmebesøk, og resulterer i en rehabiliteringsplan som evt. justeres underveis. Hjemmebesøket foregår ca. fire uker etter utskriving.

Pasientene henvises fra 3 helseforetak, og pasientstrømmen har vært betydelig (senteret har per november 2006 hatt ca 150 pasienter inne, og 3500 pasientdøgn). Det beskrives ingen evaluerings- eller møtevirksomhet knyttet til relasjonen til kommuner, helseforetak, eller mellom kommuner og helseforetak.

### Stomi-prosjektet

Målgruppen er personer som har gjennomgått en stomioperasjon. Det foretas 4000 stomioperasjoner per år (ca 900 i nærområdet), og det hevdes fra Godthaap at gruppa etter utskriving fra sykehus har et dårlig utviklet tilbud.

Kurset er utviklet i samarbeid med stomisykepleier og brukerorganisasjonen for denne gruppen (Norilco). Målet er å drive etterbehandling og opplæring. Tilbudet har en varighet på to uker med mulighet for en ukes forlengelse.

Det gis tilbud om undervisning i individuell praktisk stomipleie, kosthold og ernæring, fysisk aktivitet, mestring/selvbilde, trygderettigheter og forberedelse til livet etter operasjon og fysisk trening. Den grunnleggende metodikken beskrives som mestringsbasert. Senteret har utviklet noe de kaller "arbeidsbok-metodikk", som beskrives som et opplæringsredskap for brukerne og som et redskap for å dokumentere fremskritt og fremme motivasjon. Det har vist seg vanskeligere å få henvist pasienter, enn det senteret

antok i utgangspunktet. Godthaab rehabiliteringssenter mener blant annet at dette kan skyldes manglende markedsføring av tilbudet.

RHF-ene og lokale helseforetak mener at manglende henvisninger kan henge sammen med at lærings- og mestringsentrene dekker behovet for denne typen tjenester. Godthaab rehabiliteringssenter hevder at dette ikke kan medføre riktighet, da disse sentrene kun gir kurs hvert halvår og flere av disse kursene dessuten er blitt avlyst pga for få deltakere.

Tilbudet hadde 19 pasienter i 2006. Utviklingen i første kvartal 2007 viser vekst, og Godthaab rehabiliteringssenter mottok i denne perioden 27 pasienter med gjennomsnittlig liggetid på 14 dager.

### Mestringsprosjektet

Målgruppen for tilbudet er et kurs ”for arbeidstakere som enten er sykemeldte eller har frekvent og kanskje økende sykefravær”, og med spesiell fordypning for personer med metabolsk syndrom. Kurset beskrives som kunnskapsbasert. Her refereres det i hovedsak til studier som viser hvordan intensive atferdsfokuserte intervensjonsprogram kan føre til livsstilsendringer og økt fysisk aktivitet.

Kurset er på til sammen 4 uker (2x1x1, med 6 ukers opphold mellom kursukene på Godthaab rehabiliteringssenter). Etter hver bolk drar deltakerne hjem, og det som skjer hjemme gjennomgås og videreutvikles (”nyprogrammeres”) i andre og tredje bolk. Det var tenkt som døgntilbud og langt de fleste av deltakerne har bodd på Godthaab rehabiliteringssenter under kurset. Senteret selv mener at det å bo på senteret er en fordel for de prosessene som foregår.

Kurset utgjør en helhet sammensatt av ”kognitiv tilnærming, individuelt tilpasset fysisk trening, ernæringslære og ergoterapi”, og søker å bli et alternativ til den medisinske modellen. ”Vi spør ikke etter diagnoser....de kommer til oss for å bedre mestrings- og funksjonsevnen”. Endring av tankeprosesser står sentralt i prosjektet; ”deltakerne lærer å styre sine tankeprosesser, å klargjøre sine mål og arbeide etter dem (selvkontrakt). Målet er å gi pasientene teknikker til å håndtere de problemene de har. ”For eksempel kan vi lære folk bedre å håndtere sin angst i løpet av oppholdet”. Hjemmesituasjon, arbeidssituasjon og selvbildet er blant de temaer som behandles. Oppholdet starter med en legesjekk, går så over i en opplæringsfase med fokus på kognitiv mestring. Siste fase er knyttet til individuell veiledning. Hele tiden er det et sterkt fokus på å oppnå en individuelt tilpasset fysisk trening.

Fokuset er på enkeltindividet og på det individuelle målarbeidet, selv om arbeidet foregår i grupper. Som følge av dette skriver de som regel ikke utskrivingsrapporter, om ikke henvisende instans skulle ønske det. En slik rapport vil inneholde en funksjonsvurdering. De har også en kontrakt med arbeidsgiver som forplikter seg til å følge opp og registrere fravær tre og seks måneder etter avsluttet kurs.

Det er lagt opp til en omfattende evaluering av prosjektet. Det er blant annet lagt opp til at brukerne skal intervjues tre-seks måneder etter oppholdet med tanke på bl.a. registrering av utviklingen i sykefraværet.

Utgangspunktet for inntak var at ingen skulle være sammenhengende sykemeldte utover tre måneder. Det viser seg at mange av pasientene har vært svingdørspasienter med psykososial problematikk og psykiske lidelser. Senteret gir uttrykk for et ønske om å jobbe enda mer med folk med kortere sykefravær, og viser til statistikk som viser at de som har vært sykemeldt utover tre måneder sammenhengende, har langt større sjanse for å falle ut av arbeidslivet enn de som blir fanget opp tidligere.

Det er søkt å sikre rekruttering via bedrifter, NAV-systemet, bedriftshelsetjenester, allmennleger og kommuner. Kurset hadde imidlertid betydelige rekrutteringsproblemer de første månedene. Hovedrekrutteringskanalen innledningsvis var avisannonser under overskriften "lær å styre ditt liv, i stedet for å bli styrt". Kurset har søkt å etablere samarbeid med NAV-systemet, men har ikke lyktes med dette. Det rapporteres imidlertid om langt større interesse for kurset etter hvert, og det har kommet noen henvisninger fra bedrifter, primærleger og bedriftshelsetjeneste.

Teamet har trukket på en bred tverrfaglig kompetanse; ernæringsfysiolog, ergoterapeut, helse- og treningsterapeut og psykoterapeut. Det har også vært leid inn spesialisttjenester, som lege, filosof og arbeidspsykologitjenester.

Det er i 2006 gjennomført tre grupper, med til sammen 25 brukere. Gjennomsnittsalder har vært 45 år.

### Privatmarkedet

Senteret kan også sies å ha utviklet en fjerde strategi som er utviklingen av et rehabiliteringstilbud til privatpasienter samt seniorferie. Godthaab hadde i 2006 inntekter på 5-6 millioner, dvs. ca 25 % av inntektene, bl.a. på salg av private rehabiliteringstjenester.

### 5.2.3 Markedsstrategi

Samhandlings- og Stomiprosjektene retter seg direkte mot RHF-ene som kjøpere av tjenester. Mestringsprosjektet har man også tenkt som aktuelt for RHF-ene, men det retter seg også mot NAV-systemet.

Senteret forteller om et stort arbeid knyttet til å få solgt mestringskurset til ulike aktører i omgivelsene, men rapporterer også om betydelige problemer i denne forbindelse. Mange uttrykker interesse, men få følger opp. Noen av kontaktene beskrives som vanskelige fordi de har vært avvisende eller vist lite interesse for tilbudet, mens i andre tilfeller kan det oppleves som vanskelig å få kontakt med de riktige personene, særlig i bedrifter.



Senteret har aktivt brukt annonser i presse og andre medier for å selge inn sitt tilbud. Dette har bidratt til at innsøking til senteret ofte har skjedd fra enkeltpersoner.

#### 5.2.4 Vurdering

Senteret har hatt store omstillingsproblemer. Over 60 % har sluttet, og den økonomiske og faglige usikkerheten blant de ansatte synes å ha vært stor. Det beskrives at det eksisterer ulike kulturer på senteret, kulturer som ennå ikke helt drar i samme retning, og at noen av de ansatte kan oppleve ikke å bli hørt og derfor tenderer til å motarbeide endringsprosessen. Dette kan - som senteret selv er inne på - henge sammen med at senteret har satset mer ressurser på strategisk og politisk arbeid, og mindre på internt omstillingsarbeid.

Senterets hovedstrategi synes å ha vært å satse på helseforetakssporet for å sikre et økonomisk driftsgrunnlag. Målet har vært å bevare og videreutvikle kompetanse, mer enn å endre den, i påvente av nye kontrakter med RHF-ene. Denne strategien har da også til dels vært vellykket. Nyrekrutteringene som har skjedd har styrket den helsefaglige kompetansen ved senteret ytterligere.

Når det gjelder *samhandlingsprosjektet* ser jeg ikke på hvilken måte prosjektet har bidratt til å skape en ny modell for samhandling rundt utskriving og oppfølging, eller at det utvikles nye former for samhandling blant de involverte aktører (sykehusene, senteret og primærhelsetjenesten). Prosjektet synes i stor grad å fortsette det arbeidet som tradisjonelt har foregått på senteret, selv om pasientene følges opp etter utskrivingen.

*Stomi-prosjektet* er utarbeidet i samarbeid med en brukerorganisasjon, og synes å treffe en målgruppe med klart behov for mer oppfølging. Prosjektet har imidlertid i liten grad nådd den aktuelle målgruppen (i hvert fall i 2006), kanskje fordi lærings- og mestringssentrene har dekket opp dette behovet.

*Mestringsprosjektet* synes å ha det klareste metodiske designet, og rapporteres å fungere godt også for personer med angst og fobier. Brukerne er fornøyde med tilbudet. Kursdesignet utfordrer ansattes tradisjonelle roller og identiteter og fungerer også som base for den undervisningen som foregår i institusjonen når det gjelder kognitiv mestring.

Hoveddelen av omstillingsarbeidet, forstått som realisering av intensjonene i Stortingets omstillingsprosjekt, synes først og fremst å ha berørt ansatte som har vært direkte involvert i mestringsprosjektet. Stomi-prosjektet har ifølge senteret selv ”utviklet nye faglige tilnærminger og arbeidsmetoder”, mens omstillingskomponenten i samhandlingsprosjektet i liten grad har innebåret noe nytt i forhold til hvordan senteret tradisjonelt har arbeidet.

Dette betyr ikke at senteret og de ansatte ikke har opplevd store endringer, og at de på flere måter kan være bedre rustet for å tilpasse seg endrede krav fra omgivelsene enn tidligere. Senterets vellykkede utvikling av privatmarkedet er et eksempel på dette. Omfattende nyrekruttering, og usikkerheten knyttet til finansiering, har bidratt til å utvikle en mer prosjektorientert arbeidsform hos de ansatte, og en større beredskap i forhold til å arbeide

med nye metoder og mot nye andre brukergrupper. Erfaringene særlig knyttet til mestringskurset og utdannelsen av personalet i kognitiv tenkning, kan også innevarsle en mer prosjekt- og endringsorientert tilnærming blant ansatte.

Senteret rapporterer om til dels store vanskeligheter med å komme i en god og resultatorientert dialog med NAV (sentralt/lokalt), sykehusene og arbeidsgiverne. Senteret har hatt utstrakt kontakt med store arbeidsgivere, men tross uttrykt interesse, har de ikke lykkes med å etablere et mer forpliktende samarbeid med mer enn én større arbeidsgiver. Med unntak av samhandlingsprosjektet, synes de fleste brukerne å oppsøke senteret på individuelt initiativ. Det er vanskelig å si om disse utfordringene er knyttet til institusjonen eller til omgivelsene. De andre omstillingsinstitusjonene rapporterer også om utfordringer knyttet til å inngå forpliktende samarbeid, men har på ulike måter lykkes i å etablere et godt samarbeid med noen sentrale aktører (NAV, arbeidsgivere, bedriftshelsetjeneste). Det kan derfor være grunn til å tro at senteret for fremtiden vil være tjent med å se på hvordan samarbeidet med omgivelsene kan bedres.

### 5.3 Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter AS

Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter er et privateid rehabiliteringssenter beliggende i Bærum kommune i Akershus fylke.

Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter fikk ikke fornyet sin ordinære avtale med Helse Øst RHF for 2006. De fikk avtale om en avvikling frem til 01.03.06, men fikk samtidig en 3 måneders overgangsperiode de første månedene i 2006. Samtidig med oppstart av omstillingsprosjektet den 01.03.06 fikk de også en midlertidig samarbeidsavtale med Sykehuset Asker og Bærum HF, Bærum kommune og Asker kommune om åtte plasser. Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter var med på ny anbudsrunde med Helse Øst for 2007 og 2008, og fikk 42 plasser (30 ortopediplasser, åtte slagplasser og fire plasser for pasienter med sammensatte diagnoser) med mulighet for forlengelse i 2009 og 2010. Denne avtalen er ifølge senteret så svak at den ikke kan overleve uten annen tilleggsfinansiering. For budsjettåret 2006 rapporterer institusjonen å ha gått med et underskudd på 2,8 mill. kroner.

Senteret har lange tradisjoner innenfor tradisjonell fysikalsk medisinsk rehabilitering, og har en betydelig befolkningsmessig og politisk støtte i sitt nærområde.

Eier sier at han sto overfor et valg da institusjonen mistet kontrakten med helseforetaket. Han kunne si opp alle og satse bare på arbeidsrettet rehabilitering, eller i tillegg bevare den tradisjonelle rehabiliteringskompetansen, og fortsette å se helseforetaket som en viktig fremtidig kunde for senteret.

Institusjonen satset på den sistnevnte strategien, og omstillingen til å utvikle et tilbud i arbeidsrettet rehabilitering må således forstås mer som en utvidelse, enn en erstatning for de tjenestene institusjonen tradisjonelt har levert. Sjømennenes helseheims rehabiliterings-

senter hadde ingen garanti for kontrakter innen arbeidsrettet rehabilitering etter omstillingsprosjektet, og hevder at ”kompetansen på... tradisjonell rehabilitering også vil være nyttig og nødvendig i ARR”.

Prosessen etter at institusjonen mistet kontrakten med RHF-ene beskrives som svært vanskelig. I denne forbindelse jobbet de mye mot kommunen/ordfører, og mot nasjonale partier og stortingspolitikere (helse- og sosialkomiteen). Ledelsen valgte imidlertid ”å gå i seg selv”, fremfor å slåss mot helseforetakets avgjørelser. Institusjonen ønsket å utvikle ny kompetanse som kunne gjøre dem attraktive for andre kjøpere, og samtidig utvikle sin spesialistorientering videre slik at de ved neste korsvei kunne dokumentere en kvalitet som skapte større muligheter for kontrakt med Helseforetaket.

### 5.3.1 Omstillingsprosessen

Eier har ikke sagt opp ansatte i løpet av omstillingsperioden. Seks personer har imidlertid sluttet. Det har vært nødvendig å permittere støttepersonale annet halvår 2006. I 2006 ble det leid inn ekstra personale for å dekke opp kompetansebehovene i det arbeidsrettede rehabiliteringsprosjektet. I 2007 har institusjonen satset offensivt ved å ansette to heltidsstillinger (atferdskonsulent og idrettspedagog) til arbeidsrettet rehabilitering-relatert arbeid. Disse vil suppleres av arbeidsmedisiner fra 1.5.2007.

Den langvarige uvissheten om den økonomiske fremtiden til institusjonen har vært opplevd som krevende både for samtlige ansatte og for leder/eier: ”Snart trenger vi også rehabilitering”. Omstillingen til nye og mer prosjektorienterte arbeidsformer innen arbeidsrettet rehabilitering har skapt utrygghet for flere grupper ansatte. Spesielt har overgangen vært krevende for sykepleierne og fysioterapeutene som har måttet gå fra en behandler- til en veilederrolle, og til å betrakte brukerne som samarbeidspartnere, mer enn som pasienter. Arbeidsmiljøet beskrives imidlertid som godt (”Mange flere kunne ha sluttet” blir det hevdet), og sykefraværet er lavt (2 %).

I startfasen ble omstillingsarbeidet organisert i form av en prosjektgruppe, som inneholdt representanter for andre grupper enn de som direkte var involvert i arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet. ARR-kompetansen var på dette tidspunktet fullstendig nytt for institusjonen, og det var usikkert hvor mange av de ansatte som kunne fortsette å arbeide med tradisjonell medisinsk rehabilitering.

I innledningsfasen innebar dette at samtlige ansatte – fra topp til bunn – var med i omstillingsarbeidet. Senteret søkte på samme tid å bli ISO-sertifisert, og hevder at sertifiseringsprosessen var et viktig bidrag for å mobilisere de ansatte. ISO-tenkningen forutsetter, ble det hevdet, ”at alle skal være med å drive lasset – skrive avviksmeldinger og komme med forslag til forbedringer”. Dette har gjort det lettere for de ansatte å bli hørt, og tatt alvorlig. Innføringen av dette styringsverktøyet ”er grunnen til at vi har holdt sammen denne tiden”.

Etter hvert har gruppa som har vært involvert i omstillingsarbeidet (prosjektgruppa) gradvis falt sammen med de ansatte som har vært direkte relatert i det tverrfaglige arbeidsrettet rehabilitering-teamet. Det er kun to personer som har vært aktive i arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet i hele omstillingsperioden, selv om også annet helsepersonell har vært aktive i perioder. I tillegg har arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet også hatt behov for tjenester innen administrasjon/ledelse, teknisk avdeling, renhold og kjøkken.

I perioder har det vært to kulturer til stede på institusjonen, hvor den ene delen har ønsket å holde seg til den tradisjonelle måten å jobbe på, mens den andre har fokusert på arbeidsrettet rehabilitering og den veileder- og mestringsstrategien som har stått i fokus der. I den første delen betrakter man RHF-ene som sin primærkunde, og ser tradisjonell rehabilitering som sin hovedoppgave. Styrken ved denne orienteringen har blitt uttrykt ved at ansatte som har vært involvert i arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet, aktivt har søkt seg tilbake til den tradisjonelle medisinske opptreningen de har vært vant til, når muligheten bød seg. Samtidig har institusjonen hatt behov for denne aktiviteten for å holde det gående i 2006.

Parallelt har det skjedd en prosess hvor det hevdes at arbeidsrettet rehabilitering-tenkning er blitt bedre etablert ved institusjonen og hvor det tydelig fremgår at institusjonen kommer til å satse på denne formen for rehabilitering fremover: ARR-gruppa har flyttet inn i en ny avdeling; det har skjedd nyrekruttering (lege, attføringskonsulent, idrettspedagog), som klart har styrket den arbeidsrettete rehabiliteringsdelen av institusjonens tilbud; endelig har mange av de ansatte gjennom omstillingsperioden fått erfaring med denne måten å tenke rehabilitering på, og sett nytten av den. Slik synes det som de ansattes syn på arbeidsrettet rehabilitering gradvis har endret karakter, og at det er en åpnere og mer søkende holdning hos andre ansatte i dag enn for bare noen måneder siden. I tillegg ser de også at ARR-tenkningen også kan være aktuell for institusjonens tradisjonelle brukergrupper, for eksempel yngre slagrehabiliteringspasienter. Institusjonens ledelse beskriver derfor en situasjon hvor ARR-tenkningen synes å inngå som et integrert element ved all rehabilitering som drives ved institusjonen.

Senteret har jobbet aktivt med å bygge opp kompetanse på ARR. Dette har dels skjedd gjennom skoling av egne ansatte, og ved innleie og nyrekruttering. Senteret har lagt spesiell stor vekt på å utvikle kompetanse i "livsstyrketrening". Dette er et lærings- og mestringsprogram for personer med kronisk sammensatte lidelser utviklet bl.a. av Liv Haugli og Eldrid Steen. Liv Haugli er ansatt som arbeidsmedisiner ved Rauland attføringscenter, og institusjonen har hatt en løpende dialog med henne om utformingen av sitt tilbud. Samtalene har blant annet vært knyttet til å avklare innholdet i arbeidsrettet rehabilitering, og til å utvikle inntaks-, rapporterings- og utskrivingsprosedyrer etter maler utviklet ved Rauland. Institusjonen skal, som de andre omstillingsinstitusjonene, hospitere en uke ved Rauland Attføringscenter i løpet av våren 2007.

### 5.3.2. Markedsstrategi

SHRs primærkontakt har vært NAV trygd og NAV arbeid i Bærum. Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter har også søkt samarbeid NAV-Asker. De har vært interessert, men har hatt begrenset med kapasitet pga av at de i samme periode har vært NAV-pilot. NAV Bærum har henvist brukere til dem, det har vært diskusjoner og møtevirksomhet om målgruppe, enkeltbrukere så vel som innholdet i det tilbudet Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter skulle utvikle. NAV sitter også i referansegruppa for prosjektet. Per i dag er det NAV-etat som står for størstedelen av henvisningene til institusjonen.

NAV-kontakten har også vært brukt til å utvikle kontakten med fastlegene. Mens Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter i starten av prosjektet rapporterte om betydelige problemer med å nå frem til primærlegene, så har dette nå gradvis endret seg - antakeligvis på grunn av det økende fokuset på legenes rolle i sykefraværarbeidet, og at institusjonen har vært til stede på flere informasjonsmøter overfor fastlegene i NAVs regi for å informere om sitt tilbud. Primærlegene står i dag for en økende grad av henvisningene til institusjonen

Utfordringene knyttet til denne kontakten, som jeg kommer tilbake til under, har vært at NAV-etat har brukt mye tid på å finne aktuelle brukere, og at enkelte av brukerne har hatt betydelig større problemer enn det tilbudet på institusjonen har vært ment å svare på.

Etter hvert har også Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter søkt kontakt med NAV-kontorene og primærlegene i Oslo-regionen. Disse kontaktene er under utvikling.

Institusjonen har også søkt kontakt med forsikringsselskaper og bedriftshelsetjenester, men har ikke oppnådd kontakt med disse.

Institusjonen har videre hatt en rekke politiske kontakter på lokalt og nasjonalt nivå.

### 5.3.3 Tilbudet

Senteret har utviklet et arbeidsrettet rehabilitering-tilbud for kort- og langtidssykmeldte personer med ”muskel- og skjelletlidelser i forbindelse med lettere psykiske lidelser”. De har ønsket å komme tidlig inn i sykemeldingsfasen. Hovedinnholdet i tilbudet har vært knyttet til livsstyrketrening, et motivasjons- og mestringstilbud som er utviklet spesielt for denne målgruppa. Tilbudet har vært kombinert med ulike former for øvelser og trening blant annet i varmtvannsbasseng, hest, og turer i skog og mark. Mye av undervisningen har foregått i grupper, hvor likemannsarbeid har vært en sentral bestanddel. I tillegg har det vært gjennomført undervisning teoretisk og praktisk i kosthold, trening, avspenning, atfføringskunnskap og ryggskole.

I utgangspunktet skulle det arbeidsrettete rehabiliteringstilbudet være et døgnbasert tilbud, men Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter ga brukerne muligheten til å velge for å

se hva behovet var. I starten av prosjektperioden, var det få som ønsket et døgnbasert tilbud, og alle brukerne valgte dagopphold. I den senere tid er det, ifølge senteret, flere av brukerne som føler behov for et døgnbasert opphold for å få maksimalt utbytte av kurset.

### *Inntak*

Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter ønsket i utgangspunktet å rette tilbudet mot personer i korttids- eller langtids sykemelding, inspirert av andre arbeidsrettede rehabiliteringsaktørers inntakskriterier. Samtidig har de fleste av brukerne vært henvist til Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter fra NAV-systemet, og det har vært søkt å utvikle inntakskriterier i samarbeid med dem. NAV har imidlertid hatt problemer med å finne de ”riktige” brukerne, og Sjømennenes rehabiliteringssenter har, i dialog med NAV, valgt å ta inn enkelte brukere som ikke har vært i tråd med inntakskriteriene, for å få erfaring med også andre brukere i NAV sitt system.

Situasjonen har dermed i praksis vært at de har fått henvist en heterogen brukergruppe, hvor enkelte brukere har hatt så store problemer av både fysisk og psykisk art (selvmordstanker, angstproblematikk) at de har hatt vanskeligheter med å nyttiggjøre seg tilbudet institusjonen har gitt. Dette kan dreie seg om personer som har ”gått lenge i systemet, og som har søkt uførepensjon men fått avslag”. Deres ønske har ikke vært mestringstrening, men en utredning som styrker dem i deres sjanser for å få dette innvilget.

Utfordringen synes å henge sammen med at NAV-kontorene ikke har full oversikt over sine brukergrupper. De sitter med mange brukere som de ikke kjenner, har utilstrekkelige opplysninger om og/eller ikke vet hva de skal gjøre med, eller hva slags bistand de trenger. Mange av brukerne har også fått tildelt plass helt opp til starttidspunktet for tilbudet.

### *Oppholdet*

Ved inntak møter brukerne et team bestående av fysioterapeut, lege, sykepleier, idrettspedagog og attføringskonsulent. Brukerne har en samtale med hver av dem, og på bakgrunn av samtalene skriver legen en innkommstrappport som danner utgangspunkt for det tilbudet de får på senteret.

### *Funksjonsvurdering*

Etter oppholdet skrives det en rapport tilbake til innsøkende instans pluss primærlege. Denne sluttrapporten er en individuell funksjonsrapport basert på det senteret karakteriserer som ”faglige vurderinger og avklaringer av psykisk, fysisk og sosial funksjon under oppholdet”. Rapportmalen er utviklet i felleskap av andre institusjoner som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering. Senteret definerer det ikke som sin oppgave å gi noen endelig avklaring eller råd knyttet til restarbeidsevne eller uførepensjonering. Deres fokus har vært på ”motivasjon til mestring, til å se egne ressurser og fokus på det som fungerer hos hver enkelt, mer enn på en vurdering av restarbeidsevne”. I noen grad ønsker både NAV-systemet og enkelte brukere en større grad av avklaring i forhold til restarbeidsevne

og uføretrygding. Senteret hevder imidlertid at både NAV og brukerne likevel har vært godt fornøyd med sluttrapportene som har vært utarbeidet.

Institusjonen forteller om usikkerhet knyttet til hva disse rapportene skal inneholde, og hvordan de bør utformes for at for eksempel NAV-systemet, fastlegene og brukerne selv skal ha utbytte av dem. Blant brukere i enkelte av gruppene har det vært stor uro knyttet til de rapportene som skulle skrives, innholdet i dem og hvordan de ville komme til å brukes. Institusjonens politikk er at brukeren må godkjenne de opplysningene som sendes videre. I enkelte tilfeller kan det imidlertid hende at de faglige vurderingene skiller seg fra brukerens forståelse av egne problemer, og at personalet ikke har følt seg i stand til å overprøve disse. Dette gjør at rapportene som skrives kan utelate opplysninger brukeren selv ikke har ønsket skulle være med.

Brukerne har *ikke* vært tilbudt oppfølging eller har hatt samtaler med institusjonen etter oppholdet. Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter har imidlertid hatt kontakt med NAV og til dels fastlege både før og under oppholdet. Etter jul 2006 har utføringskonsulenten på Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter, etter ønske fra NAV-systemet, besøkt arbeidsplassen sammen med brukeren. På disse møtene har arbeidsleder, en deltaker fra Helse-, miljø- og sikkerhetsavdelingen og en saksbehandler fra NAV vært til stede. Resultatene av møtene har vært tiltak knyttet til opplæring av arbeidsteknikk på arbeidsplassen, tilrettelegging av arbeidsplassen, og også vurdering av omplassering til ny jobb. Erfaringene med denne arbeidsformen beskrives som svært lovende både fra NAV og institusjonens side.

#### *Evalueringene*

Brukervalueringene er positive. Samtidig bærer evalueringene preg av at brukergruppa har vært veldig heterogen og hatt ulike behov. For noen var livsstyrkekurset for teoretisk, for andre var den fysiske treningen for krevende, og tilbud om hest eller basseng var lite egnet. For noen har også programmet vært for tettpakket. Mange av brukerne har forventninger om behandling. Dette tilbyr ikke kurset, selv om det i enkelte tilfeller har vært gjort unntak.

NAV-kontorene er svært positive til tilbudet senteret har utviklet, og har uttrykt ønske om å utvikle samarbeidet videre. De beskriver innsatsen som imponerende med tanke på den korte tiden som senteret har hatt til disposisjon. Særlig understreket de senterets fleksibilitet vis a vis de behovene NAV-kontoret har, og de brukergruppene de har fått henvist.

#### 5.3.4 Vurdering

Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter har valgt en todelt strategi for å møte utfordringene knyttet til finansieringssituasjonen. Til dels har de søkt å ta vare på den tradisjonelle helseforankrede opptreningsforståelsen, parallelt med at de har søkt å utvikle et arbeidsrettet rehabilitering-tilbud. Dette gjør at Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter opererer med to ulike kulturer og innfallsvinkler knyttet til rehabilitering. Dette er

krevende fordi så vel arbeidsrettet rehabilitering som mer tradisjonell opptrening/rehabilitering har blitt opplevd å ha ulike strategiske, organisatoriske og faglige implikasjoner. Strategien kan beskrives som vellykket ved at institusjonen har lyktes med å etablere en nær kontakt med NAV-systemet, samtidig som de har sikret seg videre kontrakter med regionalt helseforetak.

Samtidig forteller institusjonens leder om en utvikling hvor avstanden mellom de to kulturene på institusjonen bygges ned, og hvor man blir mer opptatt av hvordan de forskjellige rehabiliteringsforståelsene kan berike hverandre, enn at de er gjensidig ekskluderende.

Den tette kontakten med NAV-systemet synes å ha vært svært viktig. De har utviklet og tilpasset sitt tilbud i nær kontakt med NAV-systemet, og får også ros fra NAV for sin evne til å utvikle ”skreddersøm”. Kontakten med Liv Haugli har også vært sentral og bidratt til å øke deres forståelse av hva arbeidsrettet rehabilitering er. Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter har søkt å utvikle et tilbud som er kunnskapsbasert, og som er knyttet opp mot tenkningen på Rauland attføringscenter, det nasjonale kompetansesenteret for arbeidsrettet rehabilitering. Senteret viser også at de mener alvor med sin satsing på arbeidsrettet rehabilitering gjennom blant annet nyrekrutteringer (tre stillinger), og oppussing av blant annet arbeidsrettet rehabilitering-virksomhetens lokaler.

SHRs tette samarbeid med NAV-systemet lokalt viser at det ligger et betydelig utviklingspotensial knyttet til å avklare bestillerkompetansen i NAV-systemet: Ennå synes NAV å ha dårlig oversikt over sine brukere. De trenger i større grad hjelp til å få avklart sine brukere for å kunne gi et adekvat tilbud, og ser på kjøp av tjenester som en måte å få bistand til dette arbeidet på. En nærmere avklaring av den rollen senteret kan/skal spille i forhold til NAV vil kunne gi senteret større trygghet på hvordan de skal videreutvikle og spisse sitt tilbud.

Senteret synes i liten grad å ha maktet, på tross av lovende enkelterfaringer, å etablere kontakt med andre av arbeidslivets aktører, for eksempel BHT-er, arbeidsgivere eller privatkundemarkedet.

Usikkerhetene knyttet til fremtidig inntjening har i perioder skapt stor usikkerhet blant de ansatte. Den har dels skapt kreativitet og nødvendige tilpasninger, samt økende innsikt i at omstilling og prosjektorganisering og nye former for rehabilitering antakeligvis kommer til å være en del av arbeidssituasjonen fremover. Samtidig har prosessen vært krevende, ikke minst for representantene for arbeidsrettet rehabilitering-prosjektet som i tillegg til å utvikle et nytt prosjekt også har vært representanter for en omstilling mange av de ansatte ikke har ønsket seg. Skal motivasjon og innsatsvilje opprettholdes i årene som kommer, vil det avhenge av en finansiering på et nivå som ikke gjør usikkerheten knyttet til fremtidig ansettelse alt for stor.



## 5.4 Stiftelsen Frydenberg rehabiliteringssenter (SFR)

SFR er tilknyttet Kirkens Sosialtjeneste, er lokalisert i Vikersund, Buskerud, og har 41 plasser. Etter regionaliseringen av Helse Norge ble senteret i 2003 lagt under Helse Sør. Ut 2005 har institusjonen vært finansiert av regionalt helseforetak (RHF), som en del av spesialisthelsetjenestetilbudet innen rehabilitering. Senteret har etter føringer fra helseregionen bygget opp kompetanse innen kreftrehabilitering, men har også hatt tilbud for brukergrupper med diabetes, helseskadelig overvekt og ortopedi.

Senteret fikk innvilget en 3 måneders overgangsperiode fra Helse Sør, de tre første månedene av 2006. Senteret søkte ny finansiering fra RHF fra og med 2007 om plasser knyttet til kreftrehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Søknaden fikk avslag. Per i dag er omstillingsmidlene eneste finansieringskilde.

Senteret har ingen tidligere erfaring med arbeidsrettet rehabilitering. Senteret har ikke hatt tydelige støttespillere i lokalmiljøet, slik de andre omstillingsinstitusjonene har hatt.

### 5.4.1. Omstillingsprosessen

Senteret var lite fornøyd med måten Helse Sør hadde gjennomført anbudsprosessen på. De opplevde seg vilkårlig behandlet. I tillegg mener de å ha fått signaler fra foretaket om å utvikle et tilbud til kreftpasienter som de seinere ikke viste seg interessert i. Tross dette har senteret valgt en offensiv strategi. Fremfor en ressurskrevende klageprosess, har de satset på å utvikle et tilbud og utvikle en kompetanse som gjorde at de kunne lykkes i neste anbudsrunde.

Senterets styre, ledelse og ansatte ser ut til å ha delt en kollektiv overbevisning om at de hadde en kompetanse og et tilbud det ville være etterspørsel etter. Mer enn apati utløste avslaget derfor et kollektivt ønske om å vise hva de var gode for. På mange måter hilses omstillingen velkommen som en anledning til å forsterke omstillingsfokus og betydningen av videre utvikling og personlig vekst.

Flere forhold kan bidra til å forklare denne innstillingen. Stiftelsens styre (ikke minst styreleder) har vært svært engasjert i omstillingsprosessen. De var positive til å fortsette driften, ønsket ikke permitteringer, har vært aktive i søknadsprosessene, og vært viktige dialogpartnere knyttet til strategi og prioriteringer. Ikke minst støttet de senteret i at det ikke var en realistisk utvei å gå til sak mot helseforetaket.

SFR fikk vite at de mistet avtalen med RHF Sør samtidig som de fikk kunnskap om omstillingsmidlene. Senteret gikk derfor ikke til oppsigelser eller permitteringer i forbindelse med avslaget, men gikk direkte i gang med å utarbeide søknader og legge til rette for omstillingsprosessen. Senteret beskrev seg da allerede som å være i en omstillingssituasjon grunnet tidligere arbeid med å omstille seg fra å være et opptrenings- til å bli et rehabiliteringssenter (2003). Denne prosessen krevde utviklingen av tverrfaglighet og integrasjon av fagområder (trening, ernæring og mestring) som tidligere hadde

vært atskilt, og med økt fokus på brukermedvirkning – en kompetanse senteret nå målrettet kunne videreutvikle.

Et tredje forhold som har bidratt til omstillingen er antakeligvis det brede medvirkningsbaserte designet institusjonen har valgt. Alle ansatte har vært delaktige i utviklingen av søknader og i de endringsprosessene som har vært gjennomført. Dette har skapt sterkt eierskap og et sterkt forhold til de produktene de skal utvikle/selge. Den gamle faggruppeorganiseringen har blitt erstattet av en prosjektorganisering hvor skiftende team og arbeidsgrupper er blitt nedsatt avhengig av hva kollegiet på fellesmøter har definert som de sentrale oppgavene. Et hovedmål for omstillingen har også vært ”å holde på kompetansen/bemanningen vår”. Det brede medvirkningsbaserte designet har vært krevende siden mange av de ansatte jobber deltid.

Et annet hovedmål har vært å utvikle ”ny, annerledes og tilpasset kompetanse”. Satsingen på intern kompetanseheving (pga usikkerheten knyttet til fremtidige bemanningsbehov) fremfor nyrekruttering, har antakeligvis også bidratt til en holdning hvor endring og utvikling hilses velkommen blant de ansatte. Særlig har de satset på utvikling av kompetanse innen attføring, mestring og funksjonsvurderinger. I tillegg har de trukket servicepersonalet (kjøkken/renhold) aktivt inn i tilbudene de har utviklet, som det de kaller ”med-veiledere” for deltakere med samme bakgrunn som dem.

Arbeidsmiljøet beskrives også som godt, noe arbeidsmiljøundersøkelsene og de løpende prosessevalueringene (4 stk) også bekrefter. Sykefraværet er videre lavt, og har kanskje til og med sunket gjennom omstillingsperioden (3 %). Tre personer har sagt opp i forbindelse med prosessen (samlet stillingsbrøk 60 %). Senteret har videre sagt opp alle i engasjementsstillinger og de fire ansatte i helgestillinger ved kjøkkenet.

Senteret har 18 årsverk per 31.3.07, og 26 ansatte. Den tverrfaglige kompetansen består av ansatte knyttet til sykepleie (5,3 årsverk hvorav de med relevant videreutdanning er: en kreftsykepleier, en psykiatrisk sykepleier, en veiledningssykepleier/helsepedagog og en omskolert til attføringskonsulent), fysioterapi (3 årsverk hvorav en med lymfødemkompetanse) og aktivitør/uttrykksterapeut (1 årsverk). Senteret er per i dag uten legermedisinsk kompetanse, men er i ferd med å inngå avtale med arbeidsmedisiner om innleie på timebasis (ca fem timer per uke).

Det har vært satset betydelig på kompetanseheving, gjennom internopplæring og deltakelse på eksterne opplæringsaktiviteter. Alle ansatte har satt opp mål på forbedringsområder, og man har søkt å utvikle kurstilbud og kompetanseheving som svarer på disse utfordringene. Det kan dreie seg om alt fra økt datakunnskap, til kurs i kognitiv terapi, til å jobbe med folks hemninger i forhold til å ta ordet og lede grupper - kort sagt virksomheter som kan utløse de ansattes ressurser. Sykepleiers omskolering til attføringskonsulent har blant annet skjedd gjennom egne studier og ved å følge attføringskonsulentene ved Rauland i en periode i fjor høst. Sykepleierne beskrives ellers som å være den yrkesgruppa som har hatt størst utfordringer knyttet til å utvikle en ny rolle. Senteret har også hatt kontakt med og

utviklet samarbeid med kompetansemiljøer på arbeidsrettet rehabilitering, som blant annet Rauland attføringscenter.

#### 5.4.2 Tilbudet

I søknaden opererer senteret med to prosjekter, et knyttet til ”et tilbud rettet mot kommunene” og et knyttet til ”utvikling av tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering”.

I kommuneprosjektet var målsettingen å få oversikt over eksisterende og fremtidige muligheter for salg av rehabiliteringstjenester til kommunene i Buskerud. Senteret var åpne for innspill knyttet til hva slags tjenester dette kunne være. Et kartleggings skjema – sendt til ledere innen pleie- og omsorg, psykiatriansvarlig og rehabiliteringsansvarlig i samtlige kommuner (60 personer) – ble knapt besvart, selv etter purring (7 respondenter). Av disse var det bare psykiatriansvarlige som varslet behov, men de understreket samtidig at de ikke hadde økonomi til å kjøpe plasser. En lignende henvendelse ble sendt til kommunen som arbeidsgiver, og til 70 andre bedrifter i fylket. Responsen var ifølge senteret ”veldig dårlig”. Prosjektet knyttet til kartlegging av kommunens behov for å kjøpe tjenester ble derfor avsluttet pga av manglende interesse, mens fokuset på kommunen som arbeidsgiver ble videreført i ARR-prosjektet.

Per dags dato har senteret to arbeidsrettede prosjekter. Det ene tilbudet er knyttet til ”arbeidsrettet rehabilitering for personer med kreftsykdom”, og rettet seg mot RHF og spesialisthelsetjenesten. Det andre tilbudet var ”arbeidsrettet rehabilitering for ansatte i IA-bedrifter som er sykmeldt eller står i fare for å få et sykefravær grunnet muskel-/skjelettplager eller sammensatte plager”. Sistnevnte prosjekt kaller SFR for IA-prosjektet eller mestringsprosjektet. I søknad om omstillingsmidler for 2007 kalles tilbudet ”Utvikling og utprøving av et IA-basert lavterskeltilbud innen arbeidsrettet rehabilitering”.

Begge tilbudene har samme innramming og innhold, selv om det i krefttilbudet er lagt til enkelte elementer som er spesifikke for brukere med kreft. Innrammingen handler om hvem tilbudet passer for, ansvar og roller i forhold til involverte aktører, mestringskomponenten i tilbudet og oppfølging/videre planer.

Slagordet for tilbudene er ”du bestemmer retningen – sammen finner vi veien”. Tilbudet er utviklet for personer som er motivert for å komme tilbake i jobb. Arbeidsgiver skal være informert, og forplikte seg til å ta ansvar for brukeren etter oppholdet. Oppholdet på SFR skal være en del av en oppfølgingsplan. SFR ser ikke på seg selv som ”løsningen, men som et skritt på veien. Vi skal ikke ta fra arbeidsgiver, arbeidstaker eller fastlege deres ansvar”. Tilbudet skal fokusere på deltakelse og mobilisering av brukernes egne ressurser. Mestring, refleksjon/bevisstgjøring og målsetningsarbeid er viktige komponenter i dette. Endelig skal brukeren få et tilbud om gruppebasert oppfølging ca to måneder etter endt opphold, og oppfølgingen skal også involvere arbeidsplass/nærmeste leder. Senteret ønsker også å ta kontakt med brukerne seinere for å få data om måloppnåelse og jobbdeltakelse.

Innholdsmessig består tilbudet av mestringsøvelser (definering av mål, mestringskurs, individuelle- og gruppesamtaler, refleksjon), fysisk aktivitet, individuell veiledning og undervisning blant annet i ergonomi og kroppsbevissthet. For brukere med kreft undervises det i "Lær å leve med kreft", det gis tilbud om individuelle støttesamtaler, kjøkkenpraksis/kosthold samt at det arrangeres møter for arbeidsgivere/pårørende.

På basis av dette skrives det en tverrfaglig rapport som redegjør for innholdet i tilbudet og senterets vurdering av funksjonsnivå. Rapporten inneholder også data om deltakers ønske/behov for videre oppfølging. Rapporten leses, godkjennes av brukerne og sendes deretter til fastlege og arbeidsgiver.

#### *Kreft-tilbudet*

SFR har tidligere hatt kreftrehabilitering som spesialområde, og ønsket å utvikle dette tilbudet til også å omhandle arbeidsrettet rehabilitering. Forundersøkelsene (blant annet hos Kreftforeningen, Montebello og egen kreftsykepleier) viste at kreftrehabilitering er et nedprioritert område, og at det finnes få institusjoner som har et tilbud. Videre er mange av kreftpasientene i arbeidsfør alder, og står i fare for å miste relasjonen til arbeidslivet som følge av sykdommen og dens ettervirkninger. Endelig opplevde institusjonen dette som et tilbud RHF Sør ønsket å prioritere.

Målgruppen for prosjektet har derfor vært kreftpasienter med arbeidslivsrelasjon. Tilbudet fikk deltakere gjennom kreftforeningen, via Rikshospitalet og fastleger. Deltakerne ble bedt om å skrive en skriftlig søknad hvor de begrunner hvorfor de har søkt om plass. Kurset ønsker å ha et klart fokus på arbeidsgiverne, knyttet til videre opprettholdelse av arbeidsrelasjonen.

Første og eneste tilbud så langt hadde 11 deltakere. Erfaringene med kurset har vært blandede. Dette skyldes inntak helt inntil oppstart av kurset, at flere av brukerne hadde "tøffe" diagnoser, og at arbeid var et mål som var fjernt. I tillegg var flere av deltakerne selv terapeuter, og "konkurrerte" med gruppelederne om hvordan prosessene burde drives. Dette skapte et tidvis høyt konfliktnivå i gruppa. Frydenberg etterlyser mer kompetanse i gruppeprosesser. Det er gjennomført tre kurs; et for hele personalet med innleid foreleser; et lenger eksternt kurs hvor to av sykepleierne deltok og i etterkant har det vært gjennomført et internt dagseminar om temaet.

Senteret ønsker å kjøre et kortere tilbud for samme brukergruppe våren 2007, men med større vekt på oppfølging av inntakskriterier.

#### *"IA-prosjektet"*

IA-gruppene er et tilbud til personer med en arbeidsrelasjon som har hatt kortere eller lengre sykefravær eller står i fare for å bli sykmeldt, og som senteret har forsøkt å selge inn som et svar på arbeidsgivernes og den sykemeldtes IA-forpliktelser. Senteret har ønsket å utvikle et lett tilgjengelig og fleksibelt tilbud skreddersydd til arbeidet med IA-avtalen. Målgruppa er ansatte i kommunale IA-bedrifter med muskel- og skjellettplager og

sammensatte plager. Alle kommuner i Buskerud er tilsluttet IA, og er også koblet til en bedriftshelsetjeneste. Deltakerne har primært vært kvinnelige arbeidstakere med muskel- og skjellettlidelser, ansatt i kommunal sektor i Buskerud, og da primært fra pleie- og omsorg, kantinepersonell og renhold. Etter hvert har andelen fra private bedrifter blitt større, opp til omtrent halvparten.

Kursene går over to uker og har 10-12 deltakere i hver gruppe. Det er avviklet tre grupper med til sammen 32 deltakere før jul, og 5 grupper med til sammen 51 deltakere etter julen. For de tre første gruppene i 2006 var gjennomsnittsalderen 48 år. Til å begynne med hadde tilbudet rekrutteringsproblemer. "Jungeltelegrafene" har begynt å virke som de sier, og nedslagsfeltet er etter hvert også utvidet til å gjelde arbeidsgivere i privat sektor.

Noen av deltakerne har bodd på senteret mens kurset har vart, andre har bodd hjemme. Senteret anbefaler heltidsopphold, fremfor dagsopphold.

Alle deltakerne følges opp med oppfølgingsdag i etterkant av kurset, dels i plenum, dels i grupper. Det sendes en rapport til arbeidsgiver etter endt opphold, med anbefalinger om tiltak mv. Det sendes også ut et spørreskjema til den sykmeldtes nærmeste leder, hvor man spør om oppfølging, erfaringene med oppholdet mv. Arbeidsgiverne oppfordres til å ta en samtale med den enkelte etter oppholdet med tanke på arbeidet videre, tilretteleggingsløsninger mv. Det tas kontakt med bedriftshelsetjenester i forhold til behov for eventuell tilrettelegging på arbeidsplassen.

Kurset har så langt fått positive tilbakemeldinger fra brukerne og arbeidsgiverne. Det kan spores noe høyere arbeidsdeltakelse blant de første tre kullene etter deltakelse på kursene.

#### 5.4.3 Markedsstrategi

Å markedsføre et nytt produkt har vært opplevd som krevende. Erfaringene så langt – ikke minst knyttet til fokuset mot kommunale arbeidsgivere og kommunalt ansatte – har i økende grad vært positive, spesielt i lys av kommunekartleggingsprosjektet senteret gjennomførte i starten av omstillingsprosjektet. Etter hvert har senteret valgt kommunale arbeidsgivere i Buskerud som primært nedslagsfelt.

I forhold til IA-prosjektet startet senteret et målrettet arbeid mot 10 kommunale arbeidsgivere: De tok direkte kontakt med personalavdelingene, innenfor pleie- og omsorgstjenestene (har møtt 20 ledere) og særlig avdelingslederne. Kontakten har skjedd via telefon, og ved oppmøte i avdelingene. Senteret kom i kontakt med 9 av 10 kommuner. Ifølge senteret er det først når man lykkes å komme i dialog med avdelingslederne - de med et direkte personalansvar - det skjer noe. Topplederne er for langt unna. Senteret har også arbeidet aktivt mot relaterte bedriftshelsetjenester.

Rekrutteringen gikk tregt i begynnelsen. I dag kommer imidlertid henvisningene fra kommunale arbeidsgivere, BHT-er og enkeltstående IA-rådgivere. I tillegg tar brukere direkte kontakt med senteret. I tillegg har man nå kjørt noen kurs og "ryktebørsen" har

begynt å gå. Det er også lettere å selge et produkt man har erfaring med og kjenner – salgsjobben kan effektiviseres når man vet hvem og hva man skal snakke om. Dette gjør at senteret i dag i økende grad driver telefonsalg.

Senteret har ved ulike anledninger forsøkt å ta kontakt med ulike NAV-etater, men har hatt vanskeligheter med å etablere kontakt. Blant annet har arbeidslivssentrene vært engstelige for å bli beskyldt for å favorisere enkelte institusjoner, fremfor andre. Senteret har etter hvert lyktes med å presentere sine tjenester for NAV fylke. De har uttrykt interesse for tilbudet og har etter hvert bidratt til rekrutteringen til prosjektet.

Senteret har også tatt kontakt med alle fastleger i fylket, men i liten grad lyktes i å etablere kontakt med dem. I 2007 vil de også ta kontakt med fastlegene i Telemark og Vestfold. Senteret har videre søkt å få kontakt med Gjensidige, Storebrand og KLP i forhold til salg av tjenester. Kontakten har ikke ført frem og videre fremstøt er blitt lagt på is, fordi man vurderer at selskapene mener de vil kunne skaffe samme tjenester gratis gjennom NAV.

#### 5.4.4. Vurdering

Senteret har betraktet RHF Sør som sin viktigste og mest langsiktige kunde, men har ikke lyktes i å nå opp i anbudsrundene med dem. Hvis RHF-ene i forbindelse med ordningen kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester primært kjøper tjenester av egne foretak, faller – i hvert fall på kort sikt - en viktig finansieringskilde for virksomheten ved SFR bort. De har varslet kjøp av tjenester i forbindelse med ordningen ”raskere tilbake”, men det gjenstår imidlertid å se hvordan Helse Sør RHF prioriterer kjøp av slike tjenester. Velger de ikke å kjøpe tjenester står omstillingsmidlene og NAV-systemet tilbake som eneste gjenværende kilde til finansiering.

Eget tilbud i arbeidsrettet kreftrehabilitering fremstår som lite relevant for NAV, og senteret har derfor valgt å ta eventuelle kreftpasienter inn i ”IA-gruppene”. IA-prosjektet inneholder imidlertid klart elementer som burde kunne inngå i et tilbud til NAV om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging. Prosjektet er videre i overensstemmelse med den tenkningen nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering har utviklet. Senteret synes tross manglende erfaring med å arbeide mot arbeidsgivere og NAV-system, og ha tilegnet seg en systemkompetanse som gjør at senterets IA tilbud synes å være komplementært til de roller og det ansvar aktørene i feltet har, blant annet knyttet til forståelsen av arbeidsgivernes ansvar for sine sykmeldte, vekten på egenaktivitet hos den sykmeldte, samarbeid med allerede etablerte aktører på feltet og fokuset på planer og oppfølging. Primærlegene synes imidlertid ikke å spille noen sentral rolle i den modellen senteret har utviklet.

Det kan imidlertid være en utfordring for institusjonen at kontakten med NAV-systemet har vært såpass perifer, hvis dette innebærer at de lokale NAV-instansene som skal kjøpe tjenester av dem, ikke er klar over at Senteret har utviklet et tilbud de ”burde” være interessert i. Dette kan henge sammen med at senteret har brukt ressursene til

internomstilling og utvikling av tilbudene, mer enn til strategisk-politiske aktiviteter i forhold til potensielle arbeidsgivere.

Det kan også være en utfordring at den medisinskfaglige kompetansen på senteret i dag er for liten, i og med at de står uten legemedisinsk fagkompetanse. Samtidig har senteret annen helsefaglig kompetanse gjennom sykepleiere og fysioterapeuter. Antakeligvis vil dette være tilstrekkelig i forhold til NAV-systemet som krever både arbeids- og helsefaglig kompetanse. Formelt synes også den atferdsfaglige kompetansen å være svak. Senteret oppgir at de har en atferdskonsulent, men så vidt jeg forstår handler det om en sykepleier som i løpet av relativt kort tid har omskolert seg samtidig som hun arbeidet ved senteret. For en utenforstående kan det være vanskelig se at dette er tilstrekkelig. Imidlertid har prosjektleder lang erfaring fra bedriftshelsetjeneste/HMS-avdeling, noe som antakeligvis har vært avgjørende for den gode kontakten senteret har klart å etablere til arbeidsgiverne

Senteret har lyktes i å utvikle en tenkning som gjør dem i stand til å arbeide med problemstillinger knyttet til arbeidsrettet rehabilitering. De har lagt opp til omfattende opplæringsaktiviteter og arbeidet systematisk med å tilegne seg den systemkompetansen som må til for å gå inn i et fleksibelt og målrettet samarbeid om arbeidsrettet rehabilitering med mange og svært ulike aktører. De har lyktes med å etablere kontakten med aktørene på arbeidslivsarenaen, som bedriftshelsetjeneste og arbeidsgivere, men synes i større grad å "selge seg inn" som en offentlig og gratis tjeneste, enn som en tjeneste som det må betales for. Senteret har også hatt et tydelig prosessfokus, og alle ansatte har vært involvert i å utvikle en felles forståelse av arbeidsrettet rehabilitering, og utvikling og avklaring av hva tjenestetilbudet skulle inneholde. Dette har skapt stor identifikasjon med senteret og tjenestene de har søkt å utvikle hos senterets ansatte.

Hovedspørsmålet er imidlertid om de har lyktes i å få forankret arbeidet godt nok i NAV-systemet: Det hjelper ikke om senteret har jobbet "eksemplarisk", hvis det arbeidet de har gjort ikke blir sett og anerkjent av det systemet som skal kjøpe tjenestene av dem.

## 5.5 Fron rehabiliteringssenter AS

Fron rehabiliteringssenter er en nyetablering av tidligere Sofienberg rehabilitering AS, som slo virksomheten konkurs da de mistet kontrakten med RHF. Alle ansatte ble oppsagt. Etter at Fron rehabiliteringssenter fikk omstillingsmidler flyttet senteret virksomheten til Pyntaberget helseheim, og virksomheten skiftet navn til Fron rehabiliteringssenter AS. Pyntaberget helseheim er per i dag ikke fullt ut tilgjengelig for fysisk funksjonshemmede.

Ordføreren i kommunen har vært meget opptatt av å få reetablert Sofienberg rehabiliteringssenter, og det har vært stor lokal aktivitet også fra andre aktører i regionen for å sikre et nytt tilbud. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at Sør-Fron kommune gikk inn som flertallseier da prosjektet ble etablert, og at ordføreren i dag sitter som styreleder. Per i dag eier Gudbrandsdalen bedriftshelsetjeneste, som for øvrig er en

hovedsamarbeidspartner for senteret, 51 % av aksjene. 25 % er eid av ansatte i bedriften, og 24 % av en privatperson.

### 5.5.1 Omstillingsprosessen

Mer enn et omstillingsprosjekt er det riktig å beskrive prosjektet som en nyetablering. Senteret beskriver oppgaven som å ”skape noe nytt, rekruttere de rette menneskene, etablere samarbeid med ulike aktører og bygge opp et faglig tilbud”. Fra tidligere Sofienberg ble bare kokk, renholder og vaktmester ansatt. Prosjektleder ble ansatt etter at søknad om omstillingsmidler var sendt, og har hatt ansvar for å rekruttere og sette sammen et tverrfaglig fagteam, i samarbeid med eiere og styre. Fagteamet består i tillegg til prosjektleder av to leger (spesialist i samfunnsmedisin og allmenn medisin (20 %), og spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering (80 %)), to konsulenter med helse- og sosialfaglig bakgrunn, en idrettspedagog, psykiatrisk sykepleier, psykolog, ernæringsfysiolog og fysioterapeut.

I rekrutteringsprosessen har man i tillegg til faglig kompetanse vært på jakt etter personlige kvaliteter. Det har handlet om ”evne til kommunikasjon og til å begeistre”, og til å unngå personlighetstrekk som assosieres med en ”diagnostiserende tilbøyelighet”. Målet var å sette opp et team med høy og komplementær helsefaglig kompetanse, og som samtidig kunne samarbeide internt og med brukere og omverden.

Senteret er således bygget opp fra grunnen av, og har hatt få tradisjoner å ta hensyn til. Samtlige ansatte har ved rekrutteringstidspunktet hatt kunnskap om de usikre betingelsene tilbudet skulle utvikles i. Senteret beskriver at de har søkt å utvikle sin egen kultur, og sin egen ”merkevare” som de ansatte kan identifisere seg med og som kan fungere profesjonelt utad. Senteret har søkt bistand fra FRAM (Heb Consulting) som er et ledelses- og strategiutviklingsprogram for små- og mellomstore bedrifter finansiert av Innovasjon Norge, når det gjelder spørsmål knyttet til utvikling av ”merkevare” og markedsføring. Samtidig har fagteamet jobbet mye med å samkjøre seg, utvikle felles prosedyrer, rutiner og på intern opplæringsvirksomhet, spesielt i den første delen av prosjektet. Dette har handlet om å få del i hverandres kunnskap, men også om å utvikle en felles forståelse av den oppgaven de skulle løse. Flere av de ansatte har også deltatt i ekstern kursing, og teamet vil samlet hospitere på Rauland attføringssenter i løpet av våren. Samtlige ansatte har også fått opplæring i internkontroll og helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Prosjektleder beskriver teamet som sammensveiset og offensivt hvor alle har deltatt 100 %. Sykefraværet har vært meget lavt. Tre personer (en koordinator, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier) har likevel sluttet i løpet av perioden, pga behov for forutsigbare inntekter. Sett fra daglig leders side har en hovedutfordring vært ”å kunne ta vare på den kompetansen senteret har knyttet til seg også i fremtiden”. Den tapte kompetansen er i dag (april 2007) på vei til å erstattes, gjennom nyrekruttering.

Det har i en periode vært konflikter mellom senterets styre/styreleder og prosjektleder/fagfolkene ved senteret, blant annet knyttet til honorering. Det gamle styret er i



dag kastet, og det er nedsatt et nytt og mindre styre hvor ordføreren i Sør-Fron kommune er styreleder. Styret har tidligere også fungert som referansegruppe for prosjektet og har hatt representasjon fra blant annet NAV-trygd i Sør Fron. Dette kontoret har ikke vært involvert i konfliktene.

### 5.5.2 Tilbudet

Hovedmålsettingen for prosjektet har vært å utvikle en ”samarbeidsmodell for rask og effektiv koordinering av rehabiliteringsforløpet for personer med behov for helsetjenester innen arbeidsrettet rehabilitering”. Fokuset for tilbudet har vært på aldersgruppa 18-55 år med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjellelettlidelser, dvs lidelser hvor det ofte kan være vanskelig å etablere objektive medisinske funn. Gjennomsnittalder på brukeren i 2006 var 42 år.

Ønsket har vært å etablere et funksjonssenter, der en av hovedideene skulle være, i *samarbeid* med fastlege og bedriftshelsetjeneste, og utvikle en *tverrfaglig individuell plan* for personer med sykemelding i arbeidsfør alder (helst før 8 ukers sykemelding), men også for personer som mottar rehabiliteringspenger og attføringspenger.

Senteret så i startfasen for seg en rolle som pådrivere for eller ansvarlige for utviklingen av individuell plan. Forestillingen om at Fron rehabiliteringssenter selv skulle utvikle forpliktende individuelle handlingsplaner og være motor i rehabiliteringsarbeidet, er modifisert. Det ble blant annet fra Sosial- og helsedirektoratets side, uttrykt bekymring for at de skulle legge planer uten at oppdraget og ansvars- og rolledeling skulle være godt nok forankret hos samarbeidspartnerne. Fokuset er i dag i større grad på at Fron rehabiliteringssenter kan, hvis det oppleves som ønskelig, bidra aktivt i utviklingen av slike planer.

Fron rehabiliteringssenter har ønsket å komme inn tidlig i sykemeldingsprosessen, gjerne etter 8 ukers sykefravær,) og å jobbe med folk som er ”lette” å motivere. I realiteten har senteret fått henvist personer med lengre sykefraværsløp og/eller som har rehabiliterings- eller attføringspenger. De fleste har vært ”gjengangere i systemet” som de sier. Denne gruppa ønsker ”endelige avklaringer”, mao en anbefaling om uførepensjon. Langt på vei forteller Fron rehabiliteringssenter om tilsvarende ønsker fra så vel primærleger, arbeidsgivere som representanter for NAV-systemet i forhold til denne gruppa. Som svar på dette behovet har senteret i en tidlig fase foretatt anbefalinger blant annet om uføretrygd i forbindelse med funksjonsvurderingene. Denne praksisen har de i dag i hovedsak gått vekk fra, blant annet etter råd fra NAV-fylke og Attføringsssenteret i Rauland.

Dette fjerner imidlertid ikke behovet for slike vurderinger. ”Problemet for oss” sier Fron rehabiliteringssenter ”er den store etterspørselen” etter ”en siste instans i en søknad om uførepensjon”. Pågangen mener man henger sammen med at det i deres region ”ikke finnes et tilsvarende sammensatt team, som kan foreta en helsefaglig funksjonsvurdering”. I dag har de satt en kvote på en person per uke, for slike vurderinger.

Senteret beskriver i dag "sin sentrale oppgave" som "å skrive tverrfaglige funksjonsvurderinger". Vurderingene er basert på maler og informasjon fra "NAV-systemet, UiO og fra dr. Marijke Engbers i Modum BHT".

Vurderingen baseres på undersøkelser og samtaler som det tverrfaglige teamet gjør, og på aktiviteter i grupper, treningsaktiviteter mv, og tar 2-3 uker. Vurderingen er et produkt som hele kollegiet samles om. Styrken ved disse vurderingene hevdes å være at de "er veldig korte og presise, faglig tunge (skal holde i retten), og uredde", dvs. at de "har klare konklusjoner og tør å stå inne for sine vurderinger, og at de kan gis uten ventetider".

Brukerne har ingen innflytelse over funksjonsvurderingene som gjøres i de tilfeller teamet er enige om at det finnes en mulighet for arbeid eller annen aktivitet. "Vi kan redegjøre for brukernes vurderinger, men vi må skrive det vi finner i rapporten, for eksempel at her finnes det ingen objektive funn, selv om brukeren ikke ønsker det med tanke på tidligere avklaring mot trygd".

Funksjonsvurderingene sendes til fastlege og andre aktuelle samarbeidspartnere, etter at de er godkjent og skrevet under av bruker, og danner ofte grunnlag for videre samarbeidsmøter ("basisgruppemøter). Her har for eksempel NAV trygd, trygdelege, primærlege, senteret samt brukeren vært til stede. Disse møtene har hatt en koordinerende effekt, og har fungert som en handlingsplan for brukeren etter oppholdet. Dette er etablert som fast rutine, og gjelder alle brukerne ved Fron rehabiliteringssenter.

Brukerne har ved utgangen av 2006 i all hovedsak blitt henvist fra primærlegene (ca 74 %) og bedriftshelsetjeneste (ca 24 %). Det er rullerende inntak hver mandag, og tilbudet brukerne har fått har vart fra 1- 3 uker. Henvisningene behandles i et inntaksmøte, som danner grunnlag for en plan og for den individuelle oppfølgingen gjennom oppholdet. Planen har vært utviklet i samarbeid med brukerne, og er knyttet til et arbeid med å klargjøre "brukerens fremtidige mål, og hva brukeren selv mener er viktig å fokusere på i det videre løpet". Brukerne har fått tilbud om "behandlingsmessig utredning" på senteret, og senteret veksler mellom å beskrive seg selv som et rehabiliteringssenter med vekt på rådgivning og veiledning, og som et senter som også kan tilby terapi/behandling. I tillegg til individuelle utredninger har tilbudet bestått av undervisning og opplæring i mestring og motivasjon, fysisk aktivitet, innsikt i egen helse og ryggskole, og individuelt tilpassede forslag til behandling av rygglidelser, utvikling av treningsdagbok, samt forslag til fysisk trening og fornuftig kosthold. Undervisningen foregår i grupper, men tilbudet er i hovedsak individorientert og knyttet til den enkeltes behov. Brukerne tar selv ansvar for å aktivisere seg selv på ettermiddag og kveld, noe som hittil rapporteres å ha gått fint. Det finnes imidlertid en bakvakt. Samtlige brukere som ble tatt inn høsten 2006 har fått tilbud om individuelle oppfølgingssamtaler på senteret. På grunn av økt arbeidspress, har Senteret nå trappet ned dette tilbudet. I stedet er det etablert kontakt med "Fysak" (et kommunalt tilbud om tilpasset fysisk aktivitet) for å etablere en møteplass som kan stimulere til videre fysikk aktivitet. Tidligere brukere har i tillegg muligheter for å bruke treningsrom og svømmehall to dager i uka.

Når det gjelder samarbeidsmodellen Fron rehabiliteringssenter har søkt å utvikle har senteret inngått et formalisert samarbeid mellom en attføringsbedrift (Giax) og Gudbrandsdalen bedriftshelsetjeneste, som har over 51 % av aksjene i Fron rehabiliteringssenter. Prosjektleder karakteriserer aktørene som ”tre viktige ledd i en rehabiliteringsprosess”, og som en ”tilbudspakke” NAV vil være interessert i å kjøpe. Det er enkelt å se hvordan Fron rehabiliteringssenter og bedriftshelsetjenesten og Fron rehabiliteringssenter og attføringsbedriften kan ha nytte av hverandre: Bedriftshelsetjenesten henviser brukere til Fron rehabiliteringssenter, som gir en helsefaglig funksjonsvurdering av brukeren. Denne legges så til grunn for videre arbeid mot arbeidsgiver eller for annen innsats i attføringsbedriften. Attføringsbedriften ønsker tverrfaglige funksjonsvurderinger i forbindelse med planlegging av sine attføringsløp. Det er imidlertid uklart for meg hvordan samarbeidet mellom alle tre aktører er kjedet sammen, og hvilken rolle NAV og primærlegene spiller i dette samarbeidet– mao på hvilken måte modellen bidrar til en rask og effektiv koordineringsprosess. Når Gudbrandsdalen BHT er gått inn som flertallseiere av Fron rehabiliteringssenter, er det vel heller ikke riktig å snakke om en samarbeidsmodell lenger.

Senteret har per februar 2007 over 50 personer på ventelister.

### 5.5.3 Markedsstrategi

Fron rehabiliteringssenter satset offensivt ved å arrangere en åpen konferanse med over 50 deltakere ved oppstarten av omstillingsarbeidet. Her var det også lagt inn gruppearbeider som direkte adresserte utfordringene for Fron rehabiliteringssenter når det gjaldt å posisjonere seg i forhold til salg av tverrfaglig og helhetlig arbeidsrettet rehabilitering.

Senteret har også kjøpt markedsføring i dagspressen, og har fått flere nyhetsoppslag i lokal dagspresse.

Senteret har primært satset på to hovedstrategier når det gjelder markedsføring og salg:

Den ene er knyttet til samarbeidende Gudbrandsdalen bedriftshelsetjeneste (nå eier) som har bidratt til at de har fått god kontakt med BHT-ens medlemsbedrifter, deriblant to store bedrifter i lokalsamfunnet, nemlig Gilde og til dels Tine. Det rapporteres imidlertid om liten interesse fra arbeidsgivernes side når det gjelder å kjøpe tjenester fra senteret, uten at det har forhindret dem fra å benytte seg av tilbudet ved Fron rehabiliteringssenter. Bedriftshelsetjenesten har stått for ca ¼ av henvisningene til Fron rehabiliteringssenter. Senteret forteller også at de markedsfører denne bedriftshelsetjenesten når de er ute og snakker med bedrifter.

Et resultat av denne kontakten har vært ønsket om å vurdere hensiktsmessigheten av å utvikle en formalisert samarbeidsavtale med attføringsbedriften Giax og bedriftshelsetjenesten (som i dag er inne som eiere).

Den andre hovedstrategien har vært knyttet til kontakten med primærlegene som de dels har besøkt og nådd gjennom skriftlig informasjonsmateriell, individuelle besøk og informasjonsmøter. Primærlegene i Gudbrandsdalen, Øyer og Lillehammer sto høsten 2006 for 74 % av henvisningene. Gjennom samarbeidsmøter ("basisgruppemøter") har kontaktene med fastlegene blitt ytterligere forsterket.

Senteret opplever NAV som den mest aktuelle kjøperen av deres tjenester. Samtidig har de ikke valgt å legge inn anbud om kjøp av dagbaserte helse- og rehabiliteringstjenester fra NAV-systemet. Med tanke på det tilbudet senteret har utviklet, fremstår dette som et underlig valg. De har imidlertid også operert med RHF-ene som en aktuell kjøper, men leverte søknad for seint på siste utlysning fra Helse Øst RHF. I den grad Helse Øst velger å kjøpe helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte fra private vil Fron være aktuell leverandør.

Fron rehabiliteringssenter forteller om problemer med å etablere et samarbeid med NAV-Oppland blant annet fordi kontoret uttrykte engstelse for å favorisere enkelte rehabiliteringssentra fremfor andre. Senteret forteller imidlertid om en bedret kontakt med lokale NAV-kontor, og at de nå (våren 2007) også henviser brukere til dem. De ber spesielt om å få foretatt "en endelig vurdering i forhold til søknad om uføretrygd", i tillegg til bistand knyttet til å få brukere tilbake i arbeid eller annen aktivitet.

Fron rehabiliteringssenter har på et tidligere tidspunkt hatt møte med fylkesdirektør pluss 3 underdirektører i NAV-Oppland. De uttrykte stor interesse for FRs tilbud, og varslet henvisninger og mulige kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester når og hvis en slik ordning innføres. Senteret ble invitert til å delta i en arbeidsgruppe i regionen knyttet til utvikling av funksjonsvurderinger sammen med NAV og i en arbeidsgruppe som hadde som mål å vurdere ICF som verktøy i klinisk/brukerrettet virksomhet.

Ifølge senteret melder de fleste av disse aktørene om et behov for gode avklarings- og oppfølgingstilbud, og gode tilbud i arbeidsrettet rehabilitering. Det gjelder de store arbeidsgiverne, primærlegene, og NAV-aktørene. Ifølge senteret finnes behovet. Spørsmålet er om noen ønsker å kjøpe senterets tjenester.

#### 5.5.4 Vurdering

Senteret er lite, og med kompetente og motiverte ansatte, og burde ha muligheter til å utvikle en tjeneste som etterspørres.

Senteret ønsket opprinnelig å gi et tilbud tidlig i sykemeldingsperioden med tanke på tilbakeføring til arbeid. Interessen for dette tilbudet var da begrenset, mens etterspørselen etter helsemessige funksjonsvurderinger synes stor. Senteret har følgelig søkt å utvikle dette tilbudet. I denne forbindelse har det vært en utfordring å tilegne seg kunnskap om oppbygning, tenkemåter og ansvars- og rolledelinger i feltet. Dette har kommet til uttrykk i diskusjonene blant annet knyttet til hva slags anbefalinger som skal følge funksjonsvurderingen (skal de anbefale uførepensjon) og senterets rolle i forhold til individuell plan

(skal de ta initiativ til og legge en slik plan). Denne utfordringen kan på den ene siden tilbakeføres til at Fron rehabiliteringssenter primært har hatt en helsefaglig, snarere enn en attføringsfaglig bemanningsprofil. På den andre siden kan det være et uttrykk for at lokale aktører og samarbeidspartnere har vurderinger av hva slags tjenester de og deres brukere trenger, og at dette kan avvike fra hva overordnede instanser ser som mulig eller tjenelig.

Derfor har også teamet definert sitt prosjekt som et utviklingsprosjekt og søkt å tilpasse sitt tilbud til signalene fra overordnede samarbeidspartnere. De har også, gjennom konferanser de selv har arrangert, samtaler og møter med ulike lokale samarbeidspartnere søkt å få synspunkter på tilbudet de har søkt å utvikle, og å tilpasse og utvikle dette tilbudet til oppdragsgivernes forståelser. I denne forbindelse forteller senteret om et sterkt og uttrykt ønske fra lokale samarbeidspartnere om ”endelige vurderinger” som kan fungere som en ”sisteinstans i en søknad om uførepensjon”, og som det kan ha vært vanskelig for dem å se bort fra.

Senteret skulle utvikle et tilbud i arbeidsrettet rehabilitering med vekt på samarbeid og rask koordinering av rehabiliteringsforløp. Fokuset har slik jeg ser det, mer vært på utredning dvs på tverrfaglige funksjonsvurderinger. Etter hvert som senteret har fått brukere som er tidligere i sykdomsforløpet har imidlertid kontakten med NAV, arbeidsplass og fastlege stått sentralt for å utvikle tiltak som kan føre personen tilbake til arbeid, i tillegg til samarbeidet med bedriftshelsetjenesten. I tillegg drøftes funksjonsvurderingene alltid i ”basisgruppemøter” og brukes som redskap for å tenke tiltak og videre planer, både for personer med og uten en arbeidstilknytning.

Siden viljen til å betale for slike tjenester fra lokale aktører synes liten (de aktørene senteret har utviklet relasjoner til), er det NAV-systemet og RHF-systemet som fremstår som mest aktuelle kjøpere av FRs tjenester. Gitt usikkerhet om hvorvidt RHF-ene arrangerer en ny anbudsrunde knyttet til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, som Helse Øst riktignok vurderer som aktuelt, vil helseforetakene antakeligvis ikke alene kunne bidra til senterets økonomiske overlevelse. NAV-systemet fremstår derfor som den mest aktuelle finansieringskilden.

Kontakten med NAV er lovende med tanke på seinere kontrakt om kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, og senteret selv mener at fremtiden ligger i å svare på NAV-kontorenes behov for avklaringskompetanse.

NAVs anbudskonkurranse knyttet til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester består av tre deler (avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging), hvor førstnevnte del ”gi sykmeldte arbeidstakere bistand til å avklare sin arbeidsevne og eventuelle behov for bistand for å kunne opprettholde sitt arbeidsforhold” synes særlig relevant for senteret, gitt dets fokus på funksjonsvurderinger. Senterets kompetanse er imidlertid i hovedsak helsefaglig, og i mindre grad knyttet til den utprøving av arbeidsevne og de arbeids-evnevurderinger konkurransegrunnlaget spesifiserer” (pedagogikk/mestring). Dette aktualiserer spørsmålet om å styrke den arbeidsmessige kompetansen ved Senteret, eventuelt å

tydeliggjøre at denne kompetansen eksisterer hos samarbeidspartnere eller eierselskap og hvordan den skal utnyttes.

Senteret har gjennom sin korte historie reist flere spørsmål som er av prinsipiell interesse for utformingen av rehabiliteringsfeltet, knyttet til individuell plan, tverrfaglige oppfølgingsteam, innholdet i og utformingen av funksjonsvurderinger mv. I denne forbindelse må senteret søke å tydeliggjøre sin rolle og ansvar blant annet i forhold til NAV-systemet, og i dialog med dette systemet. Viljen til dette synes å ha økt i omstillingsperioden. Forutsetningen for en slik tydelighet, er imidlertid også at bestillerkompetansen utvikles hos de aktørene som skal kjøpe tjenester av dem.

Senteret beskriver selv den største utfordringen som å holde på den gode kompetansen, gitt de usikre fremtidsutsiktene senteret har. Tilbakemeldinger fra lokale aktører viser et behov for den typen kompetanse og tjenester senteret har søkt å bygge opp.

## 5.6 Samlet vurdering

Hva kan vi med bakgrunn i presentasjonen av de fire institusjonene over, si om de omstillingsstrategiene institusjonene har valgt. Og kan vi finne noen mer allmenne innsikter knyttet til de erfaringene de har gjort?

Felles for samtlige institusjoner er selvfølgelig at de har vært ”nødt” til - hvis de ønsket å overleve - å forfølge den omstillingsstrategien Stortinget/HOD skisserte for dem, hvor fokuset primært skulle være på arbeidsrettet rehabilitering.

### 5.6.1 Intern omstilling

Den omstillingen institusjonene har vært igjennom må beskrives som stor.

For det første har det vært en gjennomgående usikkerhet knyttet til finansieringssituasjonen, dvs til institusjonens videre overlevelse. Selv med den ekstra finansieringen omstillingsmidlene har gitt, har flere av institusjonene vært på konkursens rand. Oppsigelser og permitteringer har - om enn i varierende grad - foregått under hele perioden, og særlig har Godthaab rehabiliteringssenter vært hardt rammet. Her har over halvparten av personalet sluttet, deriblant de institusjonen beskriver som nøkkelpersonell. Situasjonen har imidlertid stabilisert seg nå.

For det andre har institusjonene i tillegg skullet omstille seg til arbeidsrettet rehabilitering. Omstillingen skulle skje innenfor institusjoner som har drevet tradisjonell rehabilitering, og med en sterk helsefaglig dominans. Dette innebærer en betydelig faglig omstilling, hvor man ikke bare skal tilegne seg ny kompetanse og arbeide med nye brukergrupper, men også inngå i skiftende prosjektorienterte og teambaserte arbeidsformer avhengig av finansieringskilde.

For det tredje skulle omstillingen skje innenfor en sammenheng hvor arbeidsrettet rehabilitering ennå ikke har et avklart innhold, og hvor det i tillegg var vanskelig å se for seg en institusjonell plassering bortsett fra RHF-ene som kunne bidra til ytterligere avklaringer. Skulle institusjonene satse på en fremtidig finansiering fra RHF-ene, men nå knyttet til arbeidsrettet rehabilitering, slik Rauland attføringscenter indirekte anbefalte ved å definere arbeidsrettet rehabilitering som en spesialisthelsetjeneste? Eller skulle de rette oppmerksomheten mot andre aktører, for eksempel NAV-systemet, som for øvrig da prosjektet startet opp, ennå ikke hadde noe begrep om arbeidsrettet rehabilitering, eller var i posisjon til å utvikle et system for kjøp av slike tjenester?

Litt polemisk sagt var situasjonen at ledelse og ansatte på institusjonene ved hjelp av offentlige midler skulle omstille seg til rehabiliteringstenkning ingen ennå viste hva var eller om noen ville finansiere, men som likevel krevde utviklingen av en radikalt annerledes kompetanse enn den de ansatte var i besittelse av. Dette skulle skje samtidig som kollegaene sluttet, og med kontinuerlig usikkerhet knyttet til om ansettelsesforholdet ville fortsette.

Institusjonene har tilpasset seg denne situasjonen på ulike måter:

For Godthaab rehabiliteringssenter og Sjømennesenes helseheims rehabiliteringssenter var realiteten at de måtte opprettholde flere tilbud samtidig. I og med at de begge hadde midlertidige avtaler med Helse Øst måtte de opprettholde kompetansen på tradisjonell medisinsk rehabilitering, samtidig som de organiserte opp egne prosjektgrupper som skulle håndtere utfordringene knyttet til arbeidsrettet rehabilitering.

Selv om prosessene som initierte søknadene om omstillingsmidlene var basert på bred medvirkning, bidro samtidig de midlertidige avtalene til å opprettholde ønsket om å bevare den tradisjonelle kompetansen blant flere ansatte, og troen på mulighetene for en fornyet kontrakt med helseforetakene, og den relativt trygge og forutsigbare inntekten som var forbundet med dette. På Godthaab rehabiliteringssenter kan i tillegg direktørens aktive innsats for å endre de beslutningene som lå til grunn for at de mistet avtalen, ha bidratt til å styrke troen på at man kunne vende tilbake til det gamle regimet. Omstillingsprosjektene ble dermed forbundet med noe uønsket, midlertidig og usikkert. ARR-prosjektet ble av kollegaene i en viss utstrekning isolert fra resten av virksomheten, og ble også tidvis opplevd, blant de som gjennomførte prosjektene, som noe man var alene om. Ved begge institusjoner har man derfor snakket om ulike kulturer, hvor særlig helsepersonell, ikke minst sykepleiere og fysioterapeutene, og deler av det merkantile personalet, har vært grupper som har følt omstillingene belastende og fremstått som representanter for "den tradisjonelle kulturen".

Samtidig forteller også institusjonene om at arbeidsrettet rehabilitering-prosjektene i økende grad synes å ha fungert som faglige, organisatoriske og økonomiske kimer til en ny kultur. Her ses helsefaglige og attføringsfaglige dimensjoner ved rehabiliteringen i større grad i sammenheng, fokuset på mestring blir tydeligere og nye arbeidsformer og en

virkelighet knyttet til konkurranse om oppdragsmidler forstås i økende grad som en del av fremtiden.

På Godthaab rehabiliteringssenter har personer involvert i omstillingsprosjektene kurset hele personalet i kognitiv tenkning, i tillegg til at mange med røtter i den tradisjonelle rehabiliteringstenkningen har vært trukket inn i mestringsprosjektet og har dermed fått førstehånderfaring med hva den nye tenkningen innebærer. Tilsvarende har skjedd på Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter, i tillegg til at kollegane også har sett at institusjonen aktivt har satset på arbeidsrettet rehabilitering, gjennom kursing, nyrekruttering og oppussing. Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter hevder at ISO-sertifiseringen av virksomheten høsten 2005 var viktig for å mobilisere de ansatte i fornyelsen og moderniseringen av institusjonen. Samlet sett synes dette å ha bidratt til å øke forståelsen for arbeidsrettet rehabilitering, enten det er som eget tilbud og/eller som en dimensjon ved det rehabiliteringsarbeidet institusjonen for øvrig er involvert i.

Situasjonen har vært annerledes på Frydenberg rehabiliteringssenter. De har ikke hatt noen annen finansiering enn omstillingsmidlene, og følgelig har samtlige ansatte vært nødt til å omstille seg. Premisset for omstillingen var ”å fortsette driften, og unngå permitteringer”, noe som senteret langt på vei synes å ha lyktes med. Å fortsette driften betydde å fortsette omstillingsarbeidet i institusjonen. Senteret hadde i flere år søkt å omstille seg, og omstillingsmidlene ble sett som en mulighet for å fortsette dette arbeidet. Endelig synes senteret på en svært omfattende måte å ha lyktes i å mobilisere samtlige ansatte i alle aspekter ved omstillingen. Dette kommer også til uttrykk ved at senteret har gjennomført en omfattende intern og ekstern kursing av så å si samtlige av sine ansatte. Dette innebærer selvfølgelig ikke at omstillingene har gått smertefritt. Det rapporteres også her om særlige utfordringer knyttet til å omstille sykepleiefaglig personell til nye oppgaver og arbeidsformer, i tillegg til at motivasjon og optimisme blant personalet har vekslet i takt med nye bevilgninger eller nye avslag på bevilgninger. En utfordring ved denne interne og medarbeiderorienterte omstillingsprosessen er at de kanskje har stått mindre fritt til å rekruttere inn ny kompetanse og nytt personale etter behov.

Frons situasjon er fullstendig ulik de andres fordi de har bygd opp en ny institusjon fra grunnen av, og medarbeiderne har hatt full innsikt i de utfordringer og den usikkerhet dette kunne innebære. På tross av dette, og et lite, godt og sammensveiset fagteam, har flere sluttet i løpet av prosjektperioden, pga av behov for sikkerhet for inntekt.

En felles utfordring for samtlige institusjoner har vært utviklingen av kompetanseprofil. Samtlige institusjoner har innledningsvis satset på fornyet kontrakt med RHF-ene, noe som innebærer at de vil inngå som en del av spesialisthelsetjenesten med de kompetansekrav og lønnsutgifter dette innebærer. Samtidig innebærer arbeidsrettet rehabilitering et behov for å satse sterkere på den atføringsfaglige kompetansen, og at det ikke stilles like sterke krav til medisinskfaglig kompetanse. Ideelt sett burde institusjonene satse på begge strategier for å lykkes i anbuds konkurransene. Samtidig kan dette være problematisk i perioder hvor man har kontrakt for eksempel bare med NAV, fordi anbudene her ikke vil ha kostnads-



rammer som dekker lønnsutgiftene til medisinsk faglig personell (for eksempel leger). Frydenberg rehabiliteringssenter har blant annet på denne bakgrunn utsatt nyrekrutteringer og satset på evt. å leie inn ekstra tjenester etter behov, med den risiko dette innebærer i forhold til score på faglig kvalitet hos bestillerne.

Samlet sett har omstillingskostnadene ved institusjonene vært store. Omfanget av problemer varierer, men samtlige institusjoner synes så langt å ha lyktes i å ta vare på ansattes vilje til å ta ansvar og tro på egen kompetanse. Det innebærer at institusjonene har maktet ikke bare å ta på seg, men også løse nye oppgaver og tilegne seg ny kompetanse.

### 5.6.2 Hvilket faglig innhold har tilbudet hatt?

Jeg vil i denne sammenheng begrense meg til å omtale arbeidsrettet rehabiliteringsprosjektene, dvs. mestringsprosjektet (GHR), livstyrketreningsprosjektet (Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter), IA-grupper (Frydenberg rehabiliteringssenter) og ”funksjonsvurderingsprosjektet” (Fron rehabiliteringssenter).

Frydenberg rehabiliteringssenter søkte om å få midler til å kartlegge interessen for kjøp av rehabiliteringstjenester hos kommunene. Siden denne var fraværende ble prosjektet nedlagt, selv om kommunale arbeidsgivere står sentralt i IA-prosjektet. Godthaab rehabiliteringssenters Stomiprosjekt og Godthaab rehabiliteringssenters samhandlingsprosjekt vil følgelig ikke omtales nærmere her.

Samtlige prosjekter har søkt å utvikle et tilbud til personer i sykefraværsløp, og søkt å komme så tidlig inn i sykefraværsløpet som mulig. Målgruppen har vært personer med muskel- og skjellettplager og/eller lettere psykiske lidelser. Fokuset i arbeidet har vært på en kombinasjon av mestringstrening, fysiske aktiviteter og kosthold, og beskrives som forankret i ”kognitiv tenkning” og ”livstyrketrening”. Målet er at individene skal få motivasjon og redskaper som gjør at de kan lære seg å leve med sine smerter, og dermed lykkes i å opprettholde en relasjon til arbeidslivet. Arbeidsformen beskrives som tverrfaglig og brukerorientert, og har i stor grad søkt å utnytte gruppedynamikk. Oppleggene har i hovedsak vært basert på døgnopphold. Tverrfagligheten er primært av helsefaglig art, men etter hvert har også attføringskompetansen blitt styrket. Brukerorienteringen kommer til uttrykk i at de har søkt å unngå en diagnostiserende arbeidsform (Fron rehabiliteringssenter), at en del av oppholdet ved institusjonene har vært individuelt tilpasset og at det har vært lagt opp til løpende tilbakemeldinger fra brukerne på oppholdet, i tillegg til slutt-evalueringer. Kunnskapen har vært brukt til å forbedre/tilpasse innholdet og organiseringen av tilbudet. Særlig Frydenberg rehabiliteringssenter synes i tillegg å ha jobbet arbeidsplassrelatert, dvs lagt opp til oppfølging/tilrettelegging på arbeidsplassen, og har også drevet undervisning i blant annet løfteteknikker blant kollegaene på vedkommendes arbeidsplass. Endelig har det (i hovedsak) vært skrevet en rapport eller funksjonsvurdering som brukerne har godkjent, om enn ikke alltid, og som henvisende instans og andre relevante samarbeidspartnere har fått tilsendt.

Fokuset på sykefraværsløp, på personer med muskel- og skjellettlidelser, på mestrings- trening og fysisk aktivitet, på gruppearbeid og tverrfaglighet kan alle sies å være inspirert av de modeller for arbeidsrettet rehabilitering som er utviklet særlig på Rauland Attføringscenter. Slik har institusjonene søkt å utvikle et tilbud som det sies det finnes et relativt godt kunnskapsmessig grunnlag for å si at kan virke, og som samtidig er i overensstemmelse med aktuelle politiske og administrative signaler.

Det har vært en rekke utfordringer knyttet til gjennomføringen av dette designet:

For det første har det vist seg vanskelig å få tak i brukere i den aktuelle målgruppen. Henvisende instans synes ofte ikke å ha en oversikt over sine brukere som gjør det mulig å henvise dem som svarer til inntakskriteriene, og/eller behovene hos henvisende instans stemmer ikke overens med inntakskriteriene. Mange av institusjonene har derfor i mange tilfeller møtt brukere med betydelig tyngre problemer enn de institusjonen hadde lagt opp til, noe som har utfordret for eksempel kompetansen på gruppeprosesser på institusjonen. De har heller ikke vært i posisjon til å nekte å ta imot brukere, selv om disse i enkelte tilfeller kom etter at kurset hadde startet, eller til å screene dem for så å selektere deltakere som presumptivt kunne ha best utbytte av tilbudet. For SHRs vedkommende handlet dette i noen grad om en bevisst strategi, for å imøtekomme NAV lokalt (særlig NAV-arbeid) sine behov. For Fron rehabiliteringssenter dreide det seg om brukere de fikk henvist fra primærlegene, men også brukere som var i en arbeidssituasjon, men som hadde hatt langvarige og gjentakende sykemeldinger.

På Frydenberg og Sjømennene har hoveddelen av aktiviteten vært kjørt i grupper, selv om de også har hatt individuelle tilbud. Gruppene har vært sett på som en sentral del av tilbudet de har gitt, og som et pedagogisk hjelpemiddel (felleskap, likemannsarbeid, motivasjon) i utviklingen av individuelle mestringsstrategier. Tilsvarende gjelder på Godthaab. Fron er det senteret som kanskje i størst grad har utviklet et tilbud for enkeltpersoner, selv om undervisning og lignende har foregått i grupper. Mange av brukerne har imidlertid ikke ønsket institusjonsopphold. Samtlige sentra, med unntak av Fron, har lagt opp til institusjonsopphold. I praksis har institusjonsopphold vist seg vanskelig å gjennomføre på Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter og Godthaab rehabiliteringssenter, og mange har følgelig bare vært til stede i arbeidstiden. Gruppelederne mener i flere tilfeller at dette har vært uheldig, og at det har svekket samholdet og prosessene i gruppene. Frydenberg har i hovedsak hatt overnattinger, mens Fron bare har et tilbud på dagtid, men gir anledning til overnatting til de som måtte ønske det. Selv om alle institusjonene kan gi et dagtilbud som i noen grad er individuelt tilpasset, kan det være en faglig utfordring, særlig hvis de individuelle tilpasningene skal skje utenfor institusjonen, å forene dette med den vekten som legges på gruppeprosesser som element i mestrings- og motivasjonsarbeidet. Med tanke på at Fron bare har hatt tilbud på dagtid, er det vanskelig å forstå at de ikke har lagt inn anbud i forhold til NAVs utlysning om kjøp av slike tjenester for sykemeldte.

For det tredje skriver alle institusjonene sluttrapporter/funksjonsvurderinger (selv om Godthaab rehabiliteringssenter i en kort periode ut fra at de rekrutterte inn enkeltpersoner, ikke gjorde bruk av slik rapportering). Det har imidlertid vært tvil om hva disse rapporteringene skulle inneholde, hvordan de skulle utformes og hvem de skulle sendes til. Institusjonene har benyttet ulike maler blant annet inspirert av ressurspersoner innen bedriftshelsetjeneste og Rauland attføringssenter. De har også søkt å sette seg inn i ICF-systemet, selv om dette ennå ikke er utviklet til klinisk bruk. En hovedutfordring har derfor vært å avgjøre hva en funksjonsvurdering eller god rapport skal inneholde. Videre har det tross arbeidslinjas fokus på arbeidsevnevurderinger vært utfordringer knyttet til henvisende instans sitt ønske om helsemessige funksjonsvurderinger ”som kan fungere som siste instans i en søknad om uførepensjon”; om hvordan man skal håndtere uenighet mellom bruker og fagpersonell knyttet til innholdet i vurderingen; spørsmålet om taushetsplikt, og om hvordan rapporten kan utformes slik at den fungerer som et best mulig utgangspunkt for videre tiltak og planarbeid. Mange av disse utfordringene synes bare å kunne avklares gjennom avklaringer fra overordnet hold, og gjennom forskning på hvilke opplysninger som faktisk viser seg nyttig i det videre plan- og oppfølgingsarbeidet.

Spørsmålet om rapportering henger intimt sammen med institusjonens rolle i den videre oppfølgingen av brukerne. På hvilken måte skal man bidra til det arbeidet som skjer etter institusjonsoppholdet? Utfordringen her er primært å finne en rolle som passer med eksisterende institusjonell arbeidsdeling i feltet. På Fron rehabiliteringssenter tar dette form av innkalling til såkalte ”basisgruppemøter” hvor bruker, primærlege, senteret, arbeidsgiver eller NAV møtes og diskuterer veien videre. På Frydenberg rehabiliteringssenter forplikter arbeidsgiver seg til oppfølging av egne ansatte som deltar på kurset og det arrangeres egne oppfølgingsmøter i den forbindelse. På Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter og Godthaab rehabiliteringssenter er slik oppfølging mindre utbredt.

### 5.6.3 Markedsføring

Markedsføring av det tilbudet tjenestene utviklet, har av mange grunner vært krevende.

For det første utviklet institusjonene sitt tilbud uten å hatt anledning til å gjøre omfattende markedsundersøkelser i forkant. Samtidig hadde prosjektleder (Sosial- og helsedirektoratet) åpnet for at institusjonene kunne tilpasse og utvikle sitt tilbud etter hvert, dvs. ettersom man fikk større kunnskap om den rehabiliteringskjeden man skulle inngå i lokalt, og med lokale bestillers kunnskap og erfaringer.

For det andre innebar fokuset på arbeidsrettet rehabilitering at institusjonene måtte forholde seg til andre institusjonelle og organisatoriske systemer enn de kjente fra før. De fleste av institusjonene hadde erfaringer med helseforetakssystemet, men arbeidsgivere, trygde- og arbeidsmarkedskontorene, arbeidslivssentrene (som ble omdannet til NAV midt i prosjektperioden) og bedriftshelsetjeneste mv var i all hovedsak ukjent. Institusjonene skulle følgelig selge et produkt som Stortinget mente det var behov for, som var utviklet uten grundige lokale behovsundersøkelser og til aktører de selv hadde liten kunnskap om.

Fordelen var selvfølgelig at det tilbudet de utviklet var gratis, i hvert fall så lenge institusjonene hadde omstillingsmidler.

For det tredje var det naturlig nok - siden det ikke har vært noen tradisjon for dette i Norge - liten kunnskap om "kjøp" av rehabiliteringstjenester hos mange av de lokale aktørene de var i kontakt med. Utfordringen var dermed å skape et marked hos aktører som ofte ikke hadde oversikt over behov, mulige tjenester eller krav til disse tjenestene, og som i bunn og grunn opplevde rehabilitering som et offentlig anliggende.

Alle institusjonene forteller følgelig om utfordringer på dette området. Samtlige institusjoner gikk bredt ut, og tilpasset ("skreddersydde") sine tilbud til forståelsene av henvisende instans sine behov etter hvert som kunnskapen økte.

Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenters mestringskurs lyktes i å etablere en samarbeidsrelasjon med NAV-kontorene i sine nærkommuner, og har fått sine brukere henvist derfra.

Frydenberg rehabiliteringssenters IA-prosjekt lyktes etter hvert med å få kontakt med kommunale arbeidsgivere innenfor pleie- og omsorgssektoren i fylket. Bakgrunnen for dette var blant annet at prosjektleder selv hadde bakgrunn i denne bransjen, og visste hvilke utfordringer de sto overfor. I tillegg nedla de et betydelig arbeid for å få personlig kontakt med de ledere som hadde et ansvar for personalet, ofte gjennom en kombinasjon av personlige møter, brev, telefoner og mailkontakt. De beskriver også at det stadig ble lettere å selge inn tilbudet etter hvert som de skaffet seg bedre kunnskap om hvorfor de ulike kundene kunne ha utbytte av det tilbudet de utviklet. I tillegg beskriver de, som de andre institusjonene, at ryktebørsen gjorde seg gjeldende, dvs. at aktører og privatpersoner selv tok kontakt.

Godthaab har også jobbet mye med markedsføring, men er samtidig den institusjonen som forteller om størst problemer knyttet til å etablere kontakt med mulige bestillere. På den andre siden har de lyktes i å selge inn sine tjenester til privatpersoner, som etter annonse har tatt kontakt med senteret og blitt deltakere på mestringskurset. Eventuell kontakt til arbeidsgiverne går da via enkeltindividene.

Fron rehabiliteringssenter har ikke minst utviklet et tett samarbeid med en stor bedriftshelsetjeneste i Oppland, og via den fått henvist brukere. Samme bedriftshelsetjeneste står i dag som eier av aksjemajoriteten i selskapet.

Samtlige institusjoner har nedlagt betydelig energi i forhold til å etablere kontakt med primærlegene. Dette har vist seg svært vanskelig, men Sjømennenes helseheims rehabiliteringssenter (og Fron rehabiliteringssenter) synes etter hvert å ha lyktes, ikke minst fordi kontakten med dem har skjedd via NAV-systemet. Samtidig er det usikkert hvor betydningsfull denne kontakten vil bli. Selv om primærlegene vil henvise pasienter til

ordningen ”raskere tilbake”, er det ikke lagt opp til at de skal henvise pasienter direkte til institusjoner og rehabiliteringssentre.

Utfordringen er selvfølgelig hvem som på lengre sikt - dvs etter at omstillingsprosjektet er over - skal kjøpe tjenestene deres. Poenget er at det ikke hjelper å ha markedsført seg godt og ha utviklet gode relasjoner til potensielle kunder, hvis de ikke på sikt er aktuelle som kjøpere av tjenestene deres.

Institusjonene samlet sett har gjort et betydelig arbeid for å undersøke interessen for å kjøpe rehabiliteringstjenester fra andre aktører enn NAV-systemet og helseforetakene. Det kan dreie seg om forsikrings- og pensjonsselskaper, private arbeidsgivere, kommunale tjenesteytere, kommunale arbeidsgivere og andre. Særlig er Frydenberg med sin systematiske kartlegging av kommunale tjenesteytere innen pleie- og omsorg, psykiatri og rehabilitering, i alle kommuner i Buskerud, interessant i denne forbindelse. Alle rapporter om samme resultat: Interessen er liten, hvis ikke fraværende. De mangler penger til kjøp av slike tjenester eller har en forventning om at det er det offentlige som skal dekke utgifter til slike tilbud. Det eneste unntaket er tilbudet til betalende privatpasienter, som Godthaap har utviklet, og som etter hvert har et betydelig omfang. Resultatene er så samstemmige at det er grunn til å tro at det gjelder for Norge for øvrig.

I og med at hele infrastrukturen rundt kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester er under endring/utvikling er det heller ikke lett å si hvilke tilbud eller kontakter som viser seg å være mest vellykkede. Kanskje vil det vise seg at de institusjonene som har lyktes med å etablere kontakt med/gjøre sine tjenester kjent i NAV-systemet, vil ha et fortrinn fremfor andre institusjoner.

Institusjonene har imidlertid til felles at de etter noen oppstartproblemer har lyktes i å få henvist brukere, og at flere av institusjonene i dag opererer med ventelister. Selv om tjenestene er gratis, er dette likevel et signal om at de på relativt kort tid har utviklet et tilbud og en tillit knyttet til arbeidsrettet rehabilitering som kundene etterspør.

#### 5.6.4 Har institusjonene lyktes i omstillingsarbeidet?

Et overordnet mål for omstillingsprosjektet fra Sosial- og helsedirektoratets side har vært at ledelse og ansatte skulle utvikle en kompetanse på arbeidsrettet rehabilitering, og gi muligheter til å omstille seg til et finansieringssystem basert på anbudskonkurranse.

I denne forbindelse er det viktig å minne om rammene for omstillingsarbeidet. Her tenker jeg blant annet på usikkerheten knyttet til hva arbeidsrettet rehabilitering er, om man ønsker å kjøpe slike tjenester, hvem som skal kjøpe dem, og hva slags krav bestillerne vil stille til utførerne når det gjelder faglighet, pris, innhold og organisering. Ingen ting av disse forholdene har vært avklart. En av institusjonene oppsummerer situasjonen slik: ”Vi opplever at det offentlige ikke vet hva slags tjenester de skal kjøpe, og de vet heller ikke *hvor mye* de skal kjøpe. Hittil har det vært slik at hver enkelt institusjon kommer med et

tilbud på hva de tror det offentlige vil kjøpe, og prissetter dette ut fra hva de tror det offentlige vil ha av faglighet. Til overmål blir det krevd en særdeles fyldig beskrivelse av hva vi kan tilby”. Det er videre viktig å minne om at institusjonene langt fra har hatt fullfinansiering i omstillingsperioden, og at de bare har hatt brukere inne i til sammen 8 måneder, når denne rapporten skrives.

På denne bakgrunn mener jeg institusjonene har lykket bra i omstillingsarbeidet. For det første har de overlevd. To av institusjonene har fått fornyede kontrakter med Helse Øst, og samtlige andre institusjoner har vært aktivt engasjert i de anbud som har kommet. Det er imidlertid bare Sjømennene og Frydenberg som søker om midler fra NAV-systemet i den anbudsrunder de er i gang med. For det andre har de bygd opp en omstillingskompetanse internt, som antakeligvis har gjort de ansatte i stand til å arbeide på prosjektorienterte måter avhengig av hvilke oppdrag de måtte få. På tross av betydelig usikkerhet, permitteringer og oppsigelser er sykefraværet lavt, og arbeidsmiljøet beskrives i hovedsak som godt. For det tredje har de lykket i å utvikle en arbeidsrettet rehabiliteringskompetanse og et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som i de fleste tilfeller synes å være forankret i en lokal rehabiliteringskjede, være svar på en lokal behovsforståelse og en lokal forståelse av hva slags tjeneste og kompetanse arbeidsrettet rehabilitering handler om. At denne forståelsen i genuin forstand kan vise seg å være lokal, dvs. ikke å svare til nasjonale eller regionale myndigheters forståelse av behov, kompetanse og arbeidsrettet rehabilitering, kan ikke institusjonene lastes for. En av institusjonene har i tillegg gått inn i privatpersonmarkedet, og synes å ha funnet en økonomisk nisje her.

Samtidig er omstillingstrøttheten etter hvert svært stor, og det er grunn til å tro at hvis de usikre betingelsene institusjonene har vært underlagt fortsetter og innsatsen ikke gir resultater, vil mange av de ressurspersonene som har vært involvert i omstillingsarbeidet velge å slutte. I tillegg vil selvfølgelig institusjonenes overlevelse være avhengig av ekstern finansiering.

# 6

## Noen institusjonelle lærdommer

Tiltaket ”omstilling av opptreningsinstitusjonene” reiser flere viktige spørsmål.

For det første peker tiltaket mot en politisk forståelse for behovet for rehabiliterings-tjenester med arbeid som mål, eller arbeidsrettet rehabilitering. Selve begrepet peker mot nødvendighetene av at arbeids- og velferdsmessige innsatser og helsemessige innsatser sees i sammenheng. Så vel NAV-systemet, RHF-ene og erfaringene fra omstillings-prosjektene synes å underbygge dette.

Samtidig synes det ikke å være noen enighet om hvordan dette i praksis skal skje. Politikerne synes å tenke at behovet for slike sammenhengende tjenester kan skje gjennom å kjøpe institusjonsbaserte tjenester blant annet fra opptreningsinstitusjonene, og ønsker at NAV og helseforetakene skal kjøpe slike tjenester.

Helseforetakene mener at arbeidsrettet rehabilitering ikke er en tjeneste som krever institusjonsopphold innenfor spesialisthelsetjenesten. De mener i stedet at all rehabilitering innen foretakene for personer i yrkesaktiv alder bør ha arbeid som mål, og at spesialisthelsetjenestens ansvar bør være å bidra til samarbeid i førstelinjen rundt funksjonsvurderinger og mestringsbaserte tiltak med blant annet kommuner og NAV. Samtidig er det ennå tatt få initiativ i forhold til hvordan et slikt samarbeid kan se ut i praksis.

På den andre siden kjøper ikke minst Helse Sør RHF slike tjenester, og både Helse Sør og Helse Øst varsler at nye kjøp av slike tjenester kan bli aktuelt i forbindelse med ordningen ”Raskere tilbake”. Videre søkes det institusjonalisert en forståelse av arbeidsrettet rehabilitering som et eget virksomhetsområde og fag innenfor spesialisthelsetjenesten, da særlig forankret i nettverket knyttet til arbeidsrettet rehabilitering med utspring i Attføringscenteret i Rauland. Kort sagt synes helseforetakenes politikk på området uklart og mangetydig.

NAV er ennå kommet kort i tenkningen knyttet til hvordan samarbeidet med helsetjenesten skal foregå. De etterlyser en større grad av arbeidsretting av helsetjenestene, og uttrykker usikkerhet på om veien videre handler om å utvikle nye former for samarbeid med helsetjenesten, eller om de selv skal søke å opparbeide en kompetanse som gjør det mulig å svare på behovet for å se arbeid og helse i sammenheng. De ser imidlertid i liten grad kjøp av institusjonsbaserte arbeidsrettede rehabiliteringstjenester som svar på denne utfordringen.

AiR-tenkningen synes – i hvert fall i noen grad – å ha fått gjennomslag blant politikerne og i partene i arbeidslivets syn på opptreningsinstitusjonenes plass innenfor arbeidsrettet rehabilitering. Dette kommer blant annet til uttrykk i opprettelsen av AiR som nasjonalt

kompetansesenter innenfor arbeidsrettet rehabilitering og opprettelsen av Hysnes helseforetak som ny spesialistinstitusjon innen arbeidsrettet rehabilitering.

Slik blir arbeidsrettet rehabilitering et felt hvor det er usikkert hvor politikken starter og faget begynner og vice versa. Den administrative kompetansen i regionale helseforetak ser ikke på arbeidsrettet rehabilitering som et eget virksomhetsfelt. Samtidig oppretter politikerne nye ARR-tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, nettopp basert på at arbeidsrettet rehabilitering er et eget virksomhetsfelt og i tett kontakt med enkelte fagmiljøer innenfor helseforetakene. NAV sitter ennå på sidelinjen, og har ennå ikke utviklet en klar strategi på området.

For det andre utvikles det et system for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, høsten 2006. Det bevilges i overkant av 600 millioner kroner til dette formålet, så langt bare som en engangsbevilgning, og midlene deles mellom NAV og RHF-ene. På denne måten blir kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, også indirekte et svar på en del av samordningsproblemene mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdssystemet. Denne ordningen er imidlertid i større grad et resultat av politiske vurderinger, enn av hensynet til hvordan en slik ordning best kan fremme sammenhengen og samordningen mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsetatene eller behov hos brukergruppene. Per i dag ser det ut til at det utvikles ulike parallelle bestillersystemer, med ulike kravspesifikasjoner til leverandørene, for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Det blir derfor uklart om ordningen vil fremme, eller tvert imot hemme samarbeidet mellom de involverte etatene.

Ordningen er imidlertid heller ikke utviklet som et svar på en grunnleggende behovsanalyse innen feltet, men som en del av et kompromiss mellom staten og partene i arbeidslivet. I St meld 9 Arbeid, velferd og inkludering (2006-2007), understrekes behovet for kjøp av det de kaller ”avklarings- og oppfølgingstjenester”. Etter dagens regelverk kan slike tjenester bare kjøpes for yrkeshemmede arbeidssøkere, og man ønsker å utvide denne ordningen slik at den også omfatter andre grupper. Særlig pekes det på behovene for å kjøpe avklarings- og oppfølgingstjenester for ”langtidsledige, ungdom, og grupper av innvandrere og sosialhjelpsmottakere”. I tillegg til at fokuset her i hovedsak er knyttet til behov for tjenester for grupper med sosiale problemstillinger uten en arbeidsrelasjon, så varsler denne behovsanalysen ikke om et behov for kjøp av tjenester for sykemeldte.

I denne forbindelse er det også viktig å minne om at omstillingsinstitusjonene hadde tatt utgangspunkt i AiRs definisjon av arbeidsrettet rehabilitering som et målrettet tiltak for sykemeldte med muskel- og skjellett lidelser og lettere psykiske lidelser, som i tillegg var motiverte og hadde en handlingsplan, når de utviklet sine tilbud. Samtidig forteller de at mange av de personene de har fått henvist, har mer omfattende bistandsbehov enn det sentrene i utgangspunktet hadde lagt opp til, noe som også bekreftes av henvisende instanser, enten de kommer fra NAV-systemet, primærlegene eller bedriftshelsetjenestene.



På denne måten synes omstillingen av opptreningsinstitusjonene å illustrere at det ennå er langt igjen før man har utviklet en politikk og en praksis for hvordan sammenhengen og samhandlingen mellom helse- og arbeidsaksen skal se ut.

Dette setter selvfølgelig opptreningsinstitusjonene i en vanskelig situasjon, som nettopp er bedt om å utvikle tjenester i gråsonen mellom helse og arbeid. Mer prinsipielt illustrerer imidlertid deres situasjon hvilket politisk, institusjonelt og faglig vakuum ”arbeidsrettet rehabilitering” inngår i, og også hvilke aktører som står klare til å fylle dette vakuemet med innhold. Det er ennå ingen enighet om hvilke tjenester det er behov for, for hvilke målgrupper, i hvilket volum, med hvilken kompetanse, hvem som har ansvar for og skal betale for dem eller hvordan samhandlingen mellom de ulike aktørene skal organiseres. Utviklingen i feltet synes preget av en serie med politiske initiativ som er svar på andre utfordringer enn ønsket om helhetlige rehabiliteringstjenester i grenselandet mellom helse og arbeid.

Av historiske, institusjonelle, organisatoriske og faglige grunner er det ingen grunn til å tro at en slik felles forståelse kan etableres raskt eller via politiske vedtak alene. I stedet står vi overfor et langsiktig utviklingsarbeid som krever politisk, organisatorisk, faglig og metodisk nytenkning.

Dette synes for øvrig å være i overensstemmelse med regjeringens forståelse i St.meld nr 9 Arbeid, velferd og inkludering (2006-2007), hvor det hevdes at det er vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk trening og arbeidsrettede tiltak, pga av den tradisjonelle sektordelte rolle- og ansvarsdelingen mellom helse- og arbeidsrelaterede tjenester (176). Svaret synes langt på vei å forstås som en utviklingsoppgave.

Ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester kan bli en stimulans til slik helhetlig forståelse. Det krever imidlertid at den bestillerkompetansen som utvikles, skjer i et samarbeid med de berørte etater (arbeids- og velferdsetaten og RHF-ene), og at brukerne, arbeidslivet og utførerne involveres. Ordningen må omfatte andre grupper enn sykemeldte. Det kreves utvikling av en felles terminologi, metodikk og behovsanalyser, som gjør at helsetjenestens og arbeids- og velferdstjenestens innsatser understøtter hverandre. En slik felles bestillerkompetanse kan samtidig bidra til å utvikle kompetansen hos utførerne, gi dem mer forutsigbare rammevilkår, og brukes som redskap for å styre deres oppmerksomhet og ressurser på måter som bestillerne finner er hensiktsmessige.

I tillegg krever helhetlig rehabilitering utvikling av felles fora nasjonalt, regionalt og lokalt, hvor samarbeidet mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdstjenestene i den enkelte sak kan bestemmes. Helse Sør har tatt initiativ til opprettelsen av det de kaller ”rehabiliteringsintegreerte sentra” og hvor så vidt jeg forstår primærhelsetjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten deltar. Målet er å utvikle tiltak i førstelinjen blant annet for grupper med sammensatte problemer, og hvor det gjelder ”å lære seg å mestre sine vondter, og likevel gå på jobb”. Jeg tror dette er eksempel på samhandlingsformer som bør utvikles

videre i tiden fremover, hvis en rettferdighetsorientert arbeidslinje skal ha sjanse for å lykkes.

## Litteratur

### Offentlige dokumenter mm

Budsjett.innst. S. Nr 11 – 2001-2002

Budsjett.innst. S. Nr 11 - 2002-2003

Budsjett.innst. S. Nr 11 – 2003-2004

Budsjett.innst. S. Nr 11 – 2004-2005

Budsjett.innst. S. Nr 11 – 2005-2006

Budsjett.innst. S. Nr 11 – 2006-2007

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen (FOR-2001-06-08-676)

Forskrift om habilitering og rehabilitering 28 juni 2001

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (FOR 2004-12-23 nr 1837)

Forskrift om offentlige anskaffelser (For 2006-04-07 nr 402)

Høringsbrev – endring i forskrift om offentlige anskaffelser – kjøp av rehabiliteringstjenester (FAD 16 juni 2006)

Lov 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov 1999-07-16 nr 69 Lov om offentlige anskaffelser

Mestring og medvirkning, nasjonal strategi for styrking av helsetjenestens rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser. Utkast til nasjonal plan for rehabilitering 28.09.2005

NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av helsetjenesten

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste

NOU 2006:5 Norsk helsearkiv – siste stopp for pasientjournalene

St meld nr 21 1998-99 Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk

St.meld nr 9 2006-2007 Arbeid, velferd og inkludering

St.prp. nr 1 Helsedepartementet 2002-2003

St.prp. nr 1 Helsedepartementet 2003-2004

St.prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet 2004-2005

St.prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006

St.prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006

St.prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet 2006-2007

Veileder - Forskrift om offentlige anskaffelser

Veileder – Beste praksis – offentlige anskaffelser

Veileder IS 1183– Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Veileder IS 1162 – Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) Til deg som leder og utøver

Veileder IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester

Veileder IS-1253 Individuell plan 2005 veileder til forskrift om individuell plan.

## Annen litteratur

AiR – et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrett rehabilitering – en nettverksmodell. Attføringssenteret i Rauland AS, juli 2005;

AiR – et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrett rehabilitering – en nettverksmodell. Attføringssenteret i Rauland AS, november 2006;

Arbeidsmetoder i NAV-kontor, NAV-interim 23.06.06;

Attføringssenteret i Rauland, Årsplan 2007;

Dale, Toril og Hauli, Liv: Opplæringsprogram for nye ARR-institusjonene. Prosjektnr 10, 2007: Hva er arbeidsrettet rehabilitering? (Powerpoint-presentasjon), av overlege Liv Hauli Air (udatert)

Finansiering av opptreningsinstitusjonene. Rapport fra en arbeidsgruppe 28.07.2000 (Follesø-rapporten)

Gjennomgang av det faglige tilbudet i opptreningsinstitusjonene, Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Februar 2004 (Rytter-rapporten)

Gjennomgangen av de spesielle helseinstitusjonene Oppgave- og rollefordeling Vurdering og behov for nye institusjoner Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av SHD (1999-2000) publisert 27.03.2001

Hem Karl-Gerhard, Hoem Kvam Marit *Nasjonalt plan for rehabilitering – kartlegging av behov*, Rapport, Sintef helse August 2005

Helse Sør RHF Oppdragsdokument 2007

Helse Sør RHF Tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse Sør Prosjektrapport. August 2006

Helse Sør RHF Mestring, tilgjengelighet, forutsigbarhet. En tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander. Tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander. Helse Sør 2004

Helse Øst RHF, "Rehabilitering i Helse Øst" 31.01.2006

Helse Øst RHF Bestillerdokument 2006 for

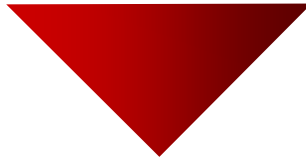
Helse Øst RHF Oppdragsdokument 2007

Helse Øst RHF Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (URT). Rapport Sunnaas sykehus HF 07.04.06

Opptreningsinstitusjonene i Norge: Faglige tilbud og ressurser. Sintef Helse – helse og rehabilitering, januar 2004

Tilskudd til opptrening. En gjennomgang av statlige tilskudd til opptreningsinstitusjoner og spesielle helseinstitusjoner Statskonsult, Rapport 1997:19

Tiltak for å redusere sykefraværet, Sykefraværsutvalgets rapport 6. november 2006



# Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Se [www.afi.no](http://www.afi.no)

Publikasjoner kan lastes ned eller bestilles fra AFIs hjemmeside eller direkte fra instituttet.

Postboks 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO  
Besøksadresse:  
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00  
Fax: 22 56 89 18  
E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)

